

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 36

TRAVAIL du LABORATOIRE de MÉDECINE LÉGALE

Contribution à l'Etude
médico-légale de l'Automatisme psychique
et du
Somnambulisme d'origine alcoolique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René PARIS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Né le 19 Septembre 1903 à CHAUSSIN (Jura)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton. 42

1929

**Contribution à l'étude médico-légale
de l'automatisme psychique
et du somnambulisme toxique d'origine alcoolique**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 36

TRAVAIL du LABORATOIRE de MÉDECINE LÉGALE

Contribution à l'Etude
médico-légale de l'Automatisme psychique
et du
Somnambulisme toxique d'origine alcoolique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René PARIS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Né le 19 Septembre 1903 à CHAUSSIN (Jura)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

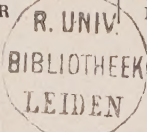
CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ETIENNE MARTIN, président ; MAZEL, assesseur ;
DEVIC et BERNHEIM, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MES PARENTS

A MES AMIS ET A MES CAMARADES

A MES MAÎTRES DU LYCÉE ROUGET-DE-LISLE

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE MARTIN

Qu'il accepte ce travail comme un témoignage de notre profonde reconnaissance.

Il nous a initié à la Médecine légale qu'il nous a fait aimer grâce à son enseignement attachant.

Il nous a inspiré notre thèse, a facilité notre étude en mettant à notre disposition tous les matériaux désirables et nous a donné conseils et encouragements avec une bienveillance que nous n'oublierons jamais.

Nous sommes très fier de compter parmi ses élèves.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAZEL

Avec toute notre gratitude pour ses précieuses leçons de Médecine légale et pour son amabilité dans l'enseignement préparatoire au Diplôme de Médecine légale. Nous avons tiré grand profit de son enseignement et nous le remercions de tout cœur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

Il nous a fait l'honneur d'accepter d'être notre juge. Nous évoquons avec plaisir le temps où nous suivions ses cours de Pathologie du système nerveux qu'il savait rendre attrayants.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERNHEIM

Nous avons eu l'occasion, au début de nos études, de le rencontrer à l'hôpital. Il a contribué, au lit du malade, à affiner notre sens clinique.

**A MONSIEUR LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE**

Il nous a toujours bien accueilli aussi bien dans son service de l'Hôtel-Dieu qu'à la Clinique des maladies mentales. Nous lui devons nos remerciements pour la bonne grâce avec laquelle il nous a permis de chercher des observations dans son service.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE**

Contribution à l'étude médico-légale
de l'automatisme psychique
et du somnambulisme toxique d'origine alcoolique

Introduction

C'est pour indiquer les faits et gestes de celui qui se promène la nuit, durant le sommeil, que le mot somnambulisme a été composé. On le trouve dans les dictionnaires français, vers l'année 1758 seulement.

Le sommeil magnétique s'étant dévoilé en 1784 et le malade parlant, agissant, raisonnant comme à l'état de veille, on trouva qu'il y avait une certaine identité entre le sujet apte aux promenades nocturnes inconscientes et le sujet apte aux actions diurnes de même nature.

A partir de cette époque, on proposa diverses locutions pour déterminer des différences de degré : noctambule, hypnoscope, somniloque, oniroscope, mais l'appellation de somnambule prévalut. On précisa par des adjectifs les divers états somnambuliques. On parla de somnambulisme naturel ou spontané (le noctisurgium des Romains, le νυκτιπλανή des Grecs); de somnambulisme magnétique (le somnium medicus des Romains l'ευνυπνισμός des Grecs); de somnambulisme

extatique (l'exstasis, *εκστασις* des Romains et des Grecs).

Enfin, on qualifia de somnambulisme symptomatique l'état d'un sujet chez lequel « la force de la maladie » a pu agir. C'est la mania, *μανια* des Romains et des Grecs.

Par analogie, on fut amené à se servir des expressions de : somnambulisme épileptique, somnambulisme toxique, somnambulisme alcoolique.

Le mot fait image et a été consacré par l'usage. Aussi nous estimons pouvoir le conserver.

Evolution des idées sur le somnambulisme

Nous ne voulons pas faire l'histoire du somnambulisme, tâche assez vaste pour se suffire à elle-même et qui a été remplie déjà, en partie tout au moins. Cependant nous estimons qu'il est utile de jeter un regard d'ensemble sur notre sujet, de parcourir les principales étapes, de rendre hommage aux chercheurs qui ont contribué à révéler son mystère en rappelant leurs noms.

Les origines remontent à l'antiquité la plus reculée. Les songes, les extases, les oracles, les visions, les possessions qui se succèdent à travers les siècles sont les ancêtres du somnambulisme, du pithiatisme en général.

D'abord les prophètes parlent de l'avenir dans une crise extatique ou dans une exaltation qui tient du délire furieux. Platon les appelle Devins ou Inspirés. Les Sibylles et les Pythies « dont la nécessité et le pouvoir sont reconnus de tout le monde » (Platon) prédisent et donnent des conseils dans un véritable état de transe. Chez les Gaulois, ce sont encore des femmes, les druidesses qui ont le don de prophétie et sont vénérées comme des déesses. L'explication de ces phéno-

mènes est retrouvée alors dans l'intervention des divinités de toute espèce.

Après les dieux, les démons entrent en scène. Au Moyen-Age et plus tard, magiciens et sorciers, visionnaires et possédés sont réputés être visités par Dieu ou par Satan. Ils sont de la même essence bien souvent, mais on ne leur réserve pas le même sort. Les convulsionnaires de Saint-Médard, les possédées de Loudun surpassaient de bien loin les futures hystériques. C'est que la civilisation était rudimentaire, la naïveté sans bornes, la superstition ancrée dans tous les cerveaux, et chacun voyait ou voulait voir dans ces exercices extravagants des manifestations surnaturelles.

Les philosophes et les médecins ont toujours examiné de tels faits avec attention. Hippocrate dans son « Traité des Songes » ne s'occupe des rêves qu'autant qu'il croit utile de signaler le bénéfice de leur concours avec la médecine. Pour Platon, Aristote, Plutarque, les songes et les prophéties sont les effets du tempérament de certains individus et le résultat d'un trouble du corps ou de l'esprit.

Cicéron, dans son ouvrage « De la Divination » raille ses contemporains, les plaisante sur leur crédulité, soutenant toutefois, dans son livre « Des Lois divines », la nécessité de conserver toutes les institutions et de garder précieusement la tradition de Rome.

Il faut arriver à Vanhelmont, honoré du titre de Réformateur de la Médecine, pour entendre parler de magnétisme et voir relatée la première observation de somnambulisme naturel :

« Etant au Collège (1600), je couchais dans la même chambre qu'un de mes camarades qui était somnambule; il se levait la nuit, prenait la clef du jardin et allait se promener dans les endroits où l'on courait le risque de tomber; il revenait ensuite et remplaçait la clef dans une armoire comme il aurait pu le faire en plein jour et étant éveillé; un soir, je m'emparai de la clef sans qu'il s'en aperçût, je la cachai soigneusement. Mais aussitôt qu'il fut en somnambulisme il alla la chercher dans le lieu où je l'avais cachée et il la prit sans hésiter, comme s'il l'y avait placée lui-même. »

Sauvages, en 1742, communique et commente quelques cas à l'Académie des Sciences. Et c'est des études sur le magnétisme animal — ébauchées au cours de l'an 1529 dans le *Practica Theophrasti Paracelsi*, précisées un siècle plus tard par Robert Fludd, enlisées dans un domaine merveilleux par Mesmer — que sort la découverte officielle du somnambulisme provoqué par « le bon marquis de Puységur » en l'année 1784. Trois ans plus tard, le Docteur Petetin de Lyon annonce des faits véritablement extraordinaires. Les Académies interviennent tour à tour avec un certain parti pris. Des commissions sont formées, mais les savants ne sont pas d'accord, et, malgré le rapport de Husson, en 1831, favorable à une enquête méthodique, une nouvelle condamnation académique rejette tout dans l'ombre et le charlatanisme continue.

C'est alors que Faria, Braid, par leurs expériences et leurs théories plus positives, raniment la flamme près de mourir. Et dans ce XIX^e siècle, ce sera une flo-

raison de travaux sur le somnambulisme, qu'il soit spontané ou provoqué.

Azam forge les expressions d'état prime, d'état second, pose les principes de l'oubli au réveil et de la reviviscence du souvenir dans un nouveau sommeil, critère pour lui et pour beaucoup de ceux qui viennent après lui du somnambulisme vrai.

Velpeau, Broca, Verneuil, Mesnet, Motet, Charles Richet, Maury, Carpenter, tout d'abord, puis Charcot, Heidenhain, Pitres, Babinski, se livrent à des recherches rigoureusement conduites.

Fodéré, Hoffbauer, Maury, Despine, Brouardel, Gilles de la Tourette, envisagent le retentissement médico-légal. Lasèque décrit le délire de rêve, Magnan, Régis, complètent cette description. On dissèque l'activité élémentaire de l'être humain. P. Janet traite magistralement de l'automatisme psychologique, soutenant qu'automatisme ne veut pas dire absence de conscience. L'automatisme ambulateur, aboutissant de l'automatisme psychique, est étudié par Charcot, créateur du terme, par Bernheim, Pitres, Gilles de la Tourette, Raymond, Chantemesse, J. Voisin, Mairet, Laurent, Géhin, Souques, Régis, Babinski, et son importance en médecine légale est mise en relief par Duponchel, Lacassagne et son disciple Dénommé, P. Garnier, Verga... Sans doute l'hystérie fait longtemps commettre des erreurs, et peut-être exagère-t-on lorsqu'on veut quelquefois ne pas appeler somnambulique un fait qui n'entre pas absolument dans le cadre type qu'on a fixé chez les pithiatiques. Pourtant on ne peut s'empêcher de remarquer certains

états, tout au moins analogues, dans les infections, les intoxications, les auto-intoxications. Despine accuse l'oxyde de carbone, le protoxyde d'azote ; Ducosté, Krœpelin, Maxwell, Claude et Baudoin, Marchand et Olivier, soutiennent l'existence d'un somnambulisme épileptique, tandis que certains, comme Jouffroy et Dupouy, ne l'admettent pas sans réserves ; Régis assimile le délire onirique à un état second ; Garnier, Colin, Crothers, Francotte, Debrotworsky, Jouffroy et Dupouy, présentent des observations d'automatisme alcoolique. Ribot, de Clérambault, s'occupent de la personnalité pathologique.

Mais Babinski a sapé l'hystérie, dégagé de ses multiples manifestations quelques maladies organiques et montré, dans les autres, le rôle capital de la suggestion autogène et hétérogène dans leur apparition. A mesure qu'on connaît mieux la nature de l'hystérie, on la détruit, et, comme conséquence, parmi les phénomènes pithiatiques, les cas de somnambulisme hystérique qui pullulaient avant Babinski disparaissent peu à peu.

En 1912, Piéron écrit son œuvre fondamentale sur le sommeil normal et pathologique, sujet qui vient à l'ordre du jour de la VIII^e réunion de neurologie de juin 1927, à Paris. On caractérise un automatisme palustre. En 1923, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, réuni à Besançon, Froment et Martine décrivent, pour la première fois, des « actes automatiques liés à l'état léthargique encéphalitique ».

En 1927, au cours de la réunion internationale de

neurologie, Froment et Larrivé rappellent l'attention sur ces faits curieux. Une de leurs malades, « au cours d'une espèce d'état second que faisait apparaître la fatigue ou l'émotion, adoptait la psychologie et le parler de l'enfant, pour redevenir, entre temps, la jeune femme intelligente et avisée qu'elle était ».

Les travaux de Claude, Laignel, Lavastine, Garrelius, Tinel, D. Santenoise, Vidacovitch, Pawlow, ont marqué le début d'une « psychiâtrie physiologique ». Enfin le XXX^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et de Langue française, à Blois, voit de multiples discussions sur l'automatisme mental.

En résumé, on est amené progressivement à la notion d'un somnambulisme syndrome dans lequel on ne tient plus compte du pithiatisme. Dans la « grande simulatrice » d'autrefois, il y avait un peu de tout, dans le somnambulisme il y avait de tout un peu aussi.

Il n'y a pas de somnambulisme naturel, pas de noctambulisme spontané. Des agents externes ou internes existent, qui, agissant sur des terrains déterminés, donnent, dans ces conditions, des états somnambuliques, c'est-à-dire des états où se manifeste une activité automatique psychique se traduisant par une activité automatique physique.

L'alcool est un de ces facteurs qui peut provoquer un comportement inaccoutumé et inattendu de la personnalité. Sous son action, la confusion est telle que le psychisme supérieur, qui contrôle et se rend compte, qui enregistre et se souvient, qui garde l'unité de l'individu, est annihilé ; et il reste seulement un

psychisme inférieur qui agrège dans le chaos confusional quelques images, quelques idées, quelques désirs, quelques besoins, pour jouer plus ou moins heureusement une vie seconde. Parfois, ce rêve ne méritera même plus ce nom au réveil pour qui l'aura vécu, parce que la conscience normale en désarroi n'aura même pas senti tout ce qui s'est passé ; bien plus, à mesure que l'élimination du toxique la libère, elle ensevelit davantage la conscience trophique, si bien qu'à son retour à la vie elle n'aura plus d'intime témoin de sa défaillance. Et c'est un trou dans sa suite logique.

Nous essaierons en premier lieu de mettre au point la question de l'automatisme psychique déclenché par l'abus ordinaire de l'alcool, car le nombre des intoxiqués croît dans toutes les classes de la société. C'est une course à l'éthylisme entre les deux sexes. Dans les milieux modestes, c'est « le vin rouge ou le vin blanc » qui attirent, l'apéritif qui tente ; dans les sphères supérieures, c'est la mode des cocktails, la théorie des bons vins, le rite du champagne, qui sévissent.

Or, voici venir parmi les êtres les plus alcoolisés, les gens qui usent le plus de l'automobile, soit par nécessité commerciale, soit par agrément, comme ils boivent le poison, soit par habitude ou utilité professionnelle, soit par plaisir ou snobisme. Ce flux montant des automobilistes alcooliques n'est-il pas un risque de plus ajouté à la vie humaine ? Un automate au volant aura-t-il jamais l'adresse d'un homme ?

L'alcoolisme est un danger d'une importance capi-

talé au point de vue social, danger qu'il faut éviter et combattre.

Aussi, en second lieu, nous étendrons-nous sur le problème médico-légal que soulève cette intoxication en général et le somnambulisme éthylique en particulier.

Nous espérons ne pas être trop indigne de l'honneur que nous a fait M. le Professeur Etienne Martin en nous confiant cette étude et nous tenons à lui exprimer notre reconnaissance avant de pénétrer au cœur de notre sujet.

Somnambulisme et automatisme psychique alcooliques

Imaginons-nous reportés trente ou quarante ans en arrière. Nous raisonnerions ainsi : un individu est somnambule lorsque, perdant brusquement son moi connu de ses familiers, il acquiert une personnalité nouvelle qui lui permet d'accomplir des actes parfaitement coordonnés dont il perdra le souvenir lorsqu'il reprendra son état premier, pour le retrouver dans une récurrence spontanée ou provoquée par l'hypnotisme. L'état second peut être si différent de l'état prime que l'accès est évident pour l'entourage ; mais il arrive que le changement intérieur ne perce pas immédiatement au dehors parce que le malade exécute ses gestes naturels, garde son habitus ancien, continue ses occupations par une sorte de prolongation de l'habitude. Il faut alors un temps plus ou moins long pour que certains traits bizarres, certaines anomalies dans l'attitude ou la conduite révélaient le trouble pathologique.

Revenant à notre époque, nous estimons qu'il n'y a pas lieu d'être aussi exclusif. On a frappé les caractères du somnambulisme au coin de l'automatisme

hystérique, jadis le plus répandu, aujourd'hui le plus rare. Se baser actuellement sur lui pour accorder le qualificatif de somnambulique à un acte automatique, serait une erreur. Un somnambule, d'après l'étymologie du mot, est celui qui marche en dormant. Nous dirons que tout être qui vit, durant une période variable, comme si sa conscience était en sommeil, avec une activité quasi-automatique, peut être dit somnambule. Il n'est pas nécessaire qu'il ignore complètement et toujours ce qu'il a fait lorsqu'il reprendra sa conscience, ni qu'il se souvienne dans un nouvel accès. Point n'est besoin d'introduire l'hypnose dans cette affaire. Et, s'il y a vraiment des cas où l'on retrouve tous les éléments du critérium d'autrefois, leur minorité ne peut exclure la majorité formée de cas plus généraux, parce que les uns comme les autres entrent dans le même cadre.

Il s'agit, à présent, de se mettre d'accord sur la valeur du mot « automatisme ». Il est bien entendu qu'il ne faut l'accepter qu'au sens figuré. Charles Richet, dans son article du « Dictionnaire de Physiologie », distingue, chez l'homme, quatre sortes de mouvements : réflexes, automatiques, machinaux, volontaires. Pour lui, est automatique tout mouvement « qui n'est déterminé ni par un stimulus extérieur, ni par la volonté ». Il faut, ajoute-t-il, « que ces mouvements qui ne sont ni réflexes ni volontaires, soient bien déterminés par une cause quelconque, un stimulus interne est nécessaire. Ce n'est pas la volonté ; mais c'est cependant, de toute évidence, un stimulus psychique, lequel doit ressembler beaucoup à la vo-

lonté, à cela près que ce stimulus n'est plus conscient ».

Le terme d'automatisme caractérise des actes conduits par un psychisme de néoformation, vague reflet du psychisme normal, sous l'effet d'un agent qui sera un toxique, l'alcool, dans notre étude.

En somme, « automatisme » et « somnambulisme » expriment presque une identité. L'automatisme psychique aboutit le plus souvent à l'automatisme ambulaire et l'ensemble donne le somnambulisme.

Automatisme contient le mécanisme, somnambulisme indique l'état.

On est somnambule parce qu'on est devenu automate et il suffit d'agir en automate, au sens où nous l'entendons, pour mériter l'appellation de somnambule. Il y a bien un somnambulisme d'origine alcoolique qui traduit l'automatisme psychique que le poison a développé indirectement.

D'ailleurs, si Joffroy et Dupouy n'étaient pas tout à fait de cet avis dans leur livre sur les « Fugues et Vagabondages », déjà Baragnon, Despine, Maury, avaient parlé de somnambulisme et même de dédoublement de la personnalité sous l'effet des toxiques. Crothers, vers 1884, défend cette thèse. Francotte, en 1896, étudie le somnambulisme alcoolique au point de vue médico-légal et rapporte des exemples curieux.

Et qui ne se rappelle les passages de la communication de Régis à l'Académie de Médecine, le 7 mai 1901 : « J'ai établi que le délire onirique est un véritable état somnambulique, un état second », et « il suffit d'observer les délirants toxiques pour s'aperce-

voir que ce ne sont pas des dormeurs ordinaires assistant passivement en simples spectateurs aux objectivations cinématographiques de leur automatisme mental ; ce sont des dormeurs actifs, en mouvement. Comme les somnambules, ils vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve d'action, dans une perception plus ou moins confuse de l'ambiant, qu'ils mêlent à leurs conceptions fantastiques, passant parfois de leur état second à la réalité et de la réalité à leur état second suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes, suivant qu'ils ouvrent ou qu'ils ferment les yeux ; comme les somnambules aussi, ils sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant en général qu'un souvenir vague ou nul de leur accès ; comme eux, enfin, ils gardent souvent, implantée dans leur esprit, plus ou moins longtemps après la guérison, quelque idée fausse isolée, obsédante, tenace, reliquat d'une des conceptions principales de leur rêve hallucinatoire, sorte de monoïdéisme, d'idée fixe post-onirique, identique au monoïdéisme, à l'idée fixe post-hypnotique.

Etiologie et pathogénie

Toutes les boissons alcooliques altèrent l'organisme lorsqu'elles sont absorbées régulièrement. Le Professeur Lépine insiste sur la légende du vin. Il fait partie des besoins du Français, est agréable à boire, ne titre que 8 à 12 degrés, éveille moins la méfiance, par conséquent, chez quelqu'un soucieux de ne pas « s'alcoo-

liser ». Le Professeur Régis, de Bordeaux, le Professeur Roger, de Montpellier, en pays de vignobles, défendent le vin.

Nous admettons que « les seules boissons hygiéniques sont celles dont on n'abuse pas » (Duclaux). Cependant, il est exact de penser que l'eau-de-vie et le rhum, à cause de leur degré, les vermouths, les anis, les liqueurs, toutes les spécialités soi-disant apéritives ou digestives, par suite des essences introduites, sont en tête dans l'ordre de la nocivité.

Une forte dose d'alcool, sous quelque forme qu'il soit, prise à intervalles éloignés, chez un individu exempt de tare accentuée, donnera l'ivresse gaie ou triste, querelleuse ou inerte. Une dose faible, semble-t-il, exagérée cependant pour la capacité d'élimination du buveur, mais surtout ingérée chaque jour, mène à l'alcoolisme chronique et à la déchéance des divers organes. Le plus fragile cède le premier. Il faut tenir compte du terrain arrosé, car les troubles observés dépendent de sa nature. Pourquoi ce malheureux meurt-il de délire aigu ? Pourquoi cet autre finit-il dans le *délirium tremens* ? Pourquoi celui-ci fait-il une manie ébrieuse, celui-là un délire de jalousie, cet autre un épisode hallucinatoire, ce dernier un onirisme poussé jusqu'à l'ambulation somnambulique ?

Les variations dans la qualité et la quantité du toxique, dans la qualité de l'intoxiqué, sont là pour expliquer ces résultantes variées citées entre beaucoup d'autres.

Klippel, le premier, vers 1890, attira l'attention sur

le rôle de l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales, en particulier dans les syndromes confusionnels, Régis, Chevallier-Lavaure, Damsch et Cramer, Kichkine, Gilbert Ballet, Laignel-Lavastine, Faure, Vigouroux et Juquelier, Targowla, ont étudié de près cette question.

L'auto-intoxication digestive, l'insuffisance rénale, sont également des causes déterminantes.

Garrelon, Tinel, Santenoise, Vidacovitch, ont pratiqué des expériences sur des lapins et des chiens. Ils ont admis que le processus toxique n'est pas suffisant pour déclencher des accidents cérébraux. L'état de l'équilibre neuro-végétatif et des glandes endocrines est, pour eux, très important.

Quoi qu'il en soit, on peut dire : ne fait pas de la folie alcoolique qui veut, ne fait pas du somnambulisme alcoolique qui le veut non plus. Il faut un fond pathologique héréditaire : la débilité ou la dégénérescence, fonds plus ou moins masqué sur lequel mordra plus aisément l'agent pathologique, l'alcool inlassablement ajouté. D'ailleurs, ne faut-il pas être touché déjà dans son intégralité mentale pour se livrer à une passion qu'on sait dégradante et nuisible à la santé ?

Il arrive qu'un alcoolique, chronique le plus souvent, réunissant des conditions mentales suffisantes, se laisse aller à des libations plus copieuses qu'à son ordinaire, à l'occasion d'une fête bacchique : il entre en onirisme. Dans des circonstances favorables, si l'on peut dire, il n'a même pas d'hallucinations, ou du moins il ne paraît pas en avoir, il semble pénétrer

brusquement dans l'automatisme et n'a plus conscience de ses actes, de ses paroles. Il agit en dormant et si parfois, à son réveil, il a le sentiment obscur du drame psychologique dont il fut à la fois l'auteur et l'acteur involontaire, il arrive aussi qu'une amnésie totale marque une lacune dans sa mémoire ? Que s'est-il passé en lui ? Nous allons tenter de le saisir.

De nombreuses causes sont capables de déterminer, en marge de notre vie raisonnable, une existence passagère que nous ne soupçonnons point en la vivant, que nous ne connaissons pas davantage après l'avoir vécue. Elles utilisent des mécanismes variés pour aboutir au résultat : l'automatisme.

Nous tendons par nature, instinctivement, aux changements de personnalité. C'est que notre moi résulte d'un assemblage hétéroclite où l'on peut reconnaître le legs propre à notre espèce, l'héritage familial, l'éducation, l'expérience personnelle, née du heurt incessant de sensations, d'émotions, d'actions et de réactions, d'états de conscience. Une individualité psychologique s'est formée mais aurait pu ne pas être ce qu'elle est sans telle circonstance fortuite ou telle autre. La « voluntas », mais également la « noluntas », ces réflexes d'ordre éminemment humain, gardent notre unité. C'est qu'à côté de ce que nous sommes il y a tout ce que nous aurions pu devenir, formé de désirs, de tendances refoulées, ébauches de personnalités différentes. Lorsque nous avons commis ce que nous appelons une faute, notre regret ou notre remords ne vient-il pas de ce que nous avons l'impression de l'emprise d'un moi dont nous ne voulons pas ?

L'auto-intoxication inhérente à la fatigue rapide de notre corps, de notre système nerveux en particulier, nous conduit fatalement à la narcose naturelle, que ce soit par l'intermédiaire d'une substance hypothétique, l'hypnotoxine, qui n'agirait pas directement sur les éléments cellulaires, mais indirectement en suscitant un réflexe inhibiteur (Pieron), ou par un autre mécanisme.

Il est vrai que pour Claparède, il ne faudrait voir dans le sommeil qu'un acte d'anticipation destiné à prévenir l'épuisement. « Dans l'un et l'autre cas, on peut faire intervenir la conception d'un réflexe inhibiteur et, ici, suivant l'expression de Morat, l'inhibition doit être prise dans le sens de contraste « entre la nature excitatrice de la cause et la forme dépressive de l'effet produit ».

Quoi qu'il en soit, nous sommes une chose anéantie et, cependant, nous rêvons, et dans ces rêves nous nous livrons parfois à des actes que nous jugerions indignes de nous à l'état de veille. Notre volonté, notre conscience normales paraissent mortes et des synthèses psychologiques s'élaborent sans elles. Ne faut-il pas, tout de même, un guide pour diriger nos chimères souvent remarquablement tissées? Le sommeil est un état biologique autre, mais tout aussi compliqué que la veille, a dit Von Economo. Notre personnalité n'est qu'assoupie, ne dort que d'un œil, pourrait-on dire, et nous nous souvenons de nos songes. Mais que de fois, certains d'avoir rêvé, nous ne pouvons reconstituer notre rêve. N'y a-t-il pas là un automatisme psychique plus ou moins élevé, qui,

sur des sujets psychopathologiquement préparés, soit par l'hérédité, soit par un labeur intense, une émotion violente, prend une telle puissance que ces dormeurs passent à l'action, s'agitent, prennent la parole, se lèvent, se promènent dans l'obscurité, à travers leur chambre. Si un choc douloureux, un appel les ramène à la réalité, ils sont tout surpris de se trouver hors de leur lit. Si rien ne les dérange dans leur vagabondage, à un moment donné ils regagnent leur couche ; le lendemain, ils ignorent leur équipée nocturne. Ces gens sont les noctambules naturels de jadis. C'est une auto-intoxication qui, à la faveur de conditions suffisantes, les a fait passer de l'automatisme psychologique à l'automatisme ambulateur.

Ce fait, assez fréquent dans l'enfance, ne s'explique-t-il pas ordinairement par une alimentation défectueuse, un repas du soir trop abondant ? Car les digestions pénibles, les éliminations retardées amènent la rétention de toxines qui influent sur les centres nerveux et donnent les nuits agitées, peuplées de cauchemars, et, à un degré plus accentué, le noctambulisme.

Entre l'endo et l'exo-intoxication, il y a seulement une différence originelle, et l'on conçoit que les effets possibles dans l'une soient possibles dans l'autre. S'il est vrai que « les mêmes causes n'ont pas toujours les mêmes effets sur l'organisme humain », il est non moins exact que cet organisme n'a pas à sa disposition une infinité de façons de réagir. Pour quelles raisons un toxique, l'alcool, échapperait-il aux lois communes ?

A la page 120 de « l'Automatisme psychologique », P. Janet, joué cependant par les mythomanes hystériques, entrevit bien la vérité. « L'éther, le chloroforme ou simplement l'alcool, écrivait-il, quand ils agissent pour la première fois, désagrègent la pensée normale, empêchent les jugements d'unité de se former et ne laissent subsister dans le délire que des éléments psychologiques épars. Mais si ces empoisonnements se répètent, ces fragments de pensée se réunissent et forment une synthèse psychologique avec sa mémoire qui lui est propre, semblable à une vie somnambulique. »

Joffroy et Dupouy n'entendent point assimiler l'automatisme alcoolique qu'ils admettent, à un état second, « lequel suppose une synthèse psychologique s'accordant mal avec la confusion qui marque tous les états toxiques... Nous pensons que l'automatisme ambulateur alcoolique est, ou bien un type d'automatisme confusionnel avec ou sans idée fixe post-onirique (et nous en voyons un exemple dans l'observation de Colin), ou bien le produit d'une rencontre hystéro-alcoolique, c'est ce qui a dû exister dans l'observation de Dobrotworsky... » Pour eux il n'y a pas de somnambulisme sans état second, l'état second ne peut exister dans un syndrome confusionnel ; donc il n'y a pas de somnambulisme éthylique et les cas indéniables, étiquetés alcooliques, sont dus à une intervention de l'hystérie.

Mais « toute idée est un acte qui commence. » Inversement, tout acte vient d'une idée qui l'a déterminé ; accepter l'automatisme ambulateur c'est reconnaître

un automatisme psychique qui le commande, c'est-à-dire une agrégation psychologique. L'activité volontaire appartient à un état, l'activité automatique ne saurait être ce même état, donc l'automatisme alcoolique épisodique est un état second par rapport à l'état prime sur la continuité duquel il se greffe.

La confusion, prétendent-ils, est incompatible avec toute synthèse de pensée. Il faut voir ce qui est, non pas ce qui devrait être, théoriquement, au premier examen. Les états confusionnels éthyliques sont fertiles en hallucinations. Qu'est-ce qu'une hallucination si ce n'est une synthèse psychologique ?

L'état confusionnel est plus ou moins prononcé ; la forme s'équilibre en fonction de la cause déterminante, qui agit par son essence et son importance, et du champ réceptif qui agit par sa constitution et ses propriétés. Nous ne nions pas qu'au paroxysme confusionnel tout psychisme puisse être apparemment aboli comme dans ces sommeils pesants où le rêve est absent. Mais cet abrutissement est le terme ultime d'une chute qui commence à l'intelligence normale. Il y a place entre les deux pour de nombreux intermédiaires.

Créons un homme qui réagisse à l'alcool nécessairement par des phénomènes mentaux. Eliminons par l'imagination le rôle que joue le coefficient individuel dans la résultante obtenue pour ne considérer que les effets du poison sur un sujet neutre qui doive passer par tous les stades de la confusion mentale. Notre personnage descendra vers la léthargie psy-

chique en passant par l'automatisme. Suivons-le, nous expérimenterons, en quelque sorte, *in vitro*.

Le voici dans la clarté intelligente, ses volitions et ses actes en harmonie avec son individualité vigoureuse. Il se met à boire de plus en plus. Les cellules les plus élevées comme les plus basses dans la hiérarchie cérébrale seront intoxiquées. Toutes ne seront pas atteintes dans le même temps, toutes ne seront pas également réceptives, également résistantes.

« Comme il est de règle dans tous les processus de désintégration psychologique, la désagrégation des complexes s'étend, selon la loi de Ribot, du plus élevé au plus simple. » Les facultés d'espèce supérieure, acquises les dernières, disparaîtront avant celles d'acquisition lointaine et celles-ci avant les propriétés animales qui s'effaceront elles-mêmes pour ne laisser que les actes instinctifs ou réflexes et bientôt la vie végétative.

Von Economo considère d'alcool comme un hypnotique à point d'attaque cortical. En fait, le premier effet du toxique est l'excitation de toute la corticalité. L'activité mentale et physique est exagérée. Nous avons le convive euphorique et brillant que commencent à prendre les vins généreux d'un banquet.

Vient ensuite la surexcitation cellulaire et le fonctionnement immodéré de tous les centres nerveux. La confusion commence et la fonction d'identité et de contrôle, ce chef-d'œuvre du cerveau humain, décline progressivement. Nous avons encore un homme se rendant compte à certains moments de son état, possédant encore la notion de sa personnalité habituelle,

mais incapable de réagir aux sensations et émotions créées de toutes pièces par l'alcool qui excite de plus en plus les centres sensitifs et sensoriels, psychiques et moteurs. Des sensations, des images visuelles, auditives ou verbales, s'associent pour donner des hallucinations qui sont des réalités pour notre sujet. Un raptus panophobique pourra suivre qui le fera courir à travers champs pour fuir ses visions terrifiantes. Après l'accès, il sera désorienté, il gardera une certaine amnésie qui ne sera pas totale parce que son moi n'aura pas entièrement disparu.

L'action de l'alcool se poursuit ; à la transe cellulaire succède la dépression. La personnalité ancienne a fondu, mais une conscience nouvelle a surgi. Les sensations, les idées fondamentales, celles qui sont le plus profondément fixées par l'habitude, demeurent et déterminent des états de conscience nouveaux, un capital psychique embryonnaire dont la résultante est un moi, pourtant. Notre confus aura tout oublié de sa vie primitive ; mais, si, fréquemment, il mène une existence de quelques heures ou de quelques jours où l'on ne trouve pas trace de sa vie normale, il la continue parfois sans s'en rendre compte dans ce qu'elle avait d'automatique. Il pourra rentrer chez lui, circuler en voiture sans anicroche, accomplir une tâche, mais, comme le ferait un inconnu, réplique machinale de lui-même.

Enfin l'imprégnation alcoolique devient telle qu'il n'y a pas d'associations idéiques possibles. La confusion est complète. Notre malade regarde sans voir, ne répond pas ; il faut le remuer ou le pincer pour ob-

tenir un mouvement, et encore ne réussit-on pas toujours. Là on pourrait peut-être avancer qu'il n'y a pas de synthèses psychologiques, parce que l'anarchie mentale est complète, et l'on ne peut considérer cette phase stupide comme un état somnambulique. On ne peut pas parler d'état second : il n'y a plus de personnalité digne de ce nom, mais plutôt une animalité inférieure.

Nous concluons donc que la confusion permet des conceptions d'idées qui se démasquent en s'extériorisant par l'activité plus ou moins coordonnée des automates ambulatoires alcooliques.

Symptomatologie

« Régis qui insista particulièrement sur les caractères d'état second du délire alcoolique indique qu'il peut y être accompli des actes quelconques d'automatisme somnambulique, notamment des fugues, dans lesquelles l'état de la conscience et du souvenir est absolument celui du somnambulisme hystérique ».

« Cet état, de même nature que l'onirisme commun, en diffère suffisamment comme quantité et comme durée des symptômes pour justifier une description séparée. » (Docteur Parant.)

Nous nous proposons de condenser cette description en distinguant une forme pure et une forme associée.

I. — FORME PURE. — a) Le sujet qui porte souvent les signes bien connus de l'alcoolisme chronique, boit un jour plus que de coutume. Sans transition décelable, il commence une vie neuve. Quelquefois, il ne s'éloigne pas beaucoup de son domicile. Pendant quelque temps il peut sembler ne pas avoir changé de conscience, mais il est rare qu'il ne commette une excentricité quelconque ou ne tente ou commette un délit ou un homicide.

Quand il sort de son état second, il est plus ou moins obnubilé. Il garde une amnésie complète de tout ce qui s'est passé entre sa chute dans l'automatisme et son retour à la réalité. Il reprend son existence au point où il l'avait quittée. Il arrive que dans une seconde crise de somnambulisme il ait « la reviviscence du souvenir ».

L'état somnambulique est d'ordinaire de courte durée, de quelques heures à deux ou trois jours.

b) L'automatisme peut quelquefois s'étendre sur une durée plus longue quand il est entretenu par l'alcool.

c) L'amnésie du malade n'est pas toujours définitive et complète ; à mesure que la confusion se dissipe, il se souvient de quelques-unes des circonstances de sa fugue.

Ce qui caractérise cette forme typique c'est que l'automatisme est apparemment l'unique manifestation morbide d'un état alcoolique. Ce somnambule ressemble à un homme normal et lorsqu'il attire l'attention par quelque infraction ou quelque escapade,

il est considéré comme tel et c'est à la prison qu'on songe à le conduire.

Dans une expertise, il faut envisager la possibilité de la simulation. Voici les éléments qui la dépisteront quand sa grossièreté ne l'aura pas trahie immédiatement : aucun, pris isolément, n'est caractéristique ; ils ne sont pas toujours au complet, mais la réunion de quelques-uns suffit au diagnostic.

L'enquête ne trouve pas l'ivresse à l'origine de l'acte délictueux, n'indique pas d'habitudes alcooliques ou toxiques quelconques ; le sujet avait un intérêt à voler ou à tuer ; les interrogatoires répétés et prolongés, énergiques s'il le faut, amènent des contradictions, des réticences, des demi-aveux ; les antécédents, l'examen systématique ne mettent en évidence aucun stigmate, aucune anomalie physique ou mentale susceptible d'expliquer l'automatisme.

Il faut rechercher les diverses intoxications par les commémoratifs et les symptômes particuliers à chacune d'elles.

Il faut penser à l'encéphalite épidémique qu'on retrouvera dans les anamnestiques.

Il faut éliminer l'équivalent épileptique par l'absence d'attaques convulsives à signature ou d'autres équivalences, par le caractère moins impulsif, moins aveugle, moins brutal des actes. Mais on peut avoir affaire à un épileptique alcoolisé et déterminer la part qu'ont prise l'épilepsie et l'alcoolisme dans l'écllosion du syndrome est à peu près impossible. Aussi bien ce n'est pas indispensable, puisque rien ne permettrait d'affirmer qu'il n'y a pas eu d'intervention comitiale

et que, par conséquent, il y a bénéfice du doute et irresponsabilité.

On s'arrêtera au diagnostic de somnambulisme alcoolique quand on aura la certitude d'un excès d'alcool précédant l'automatisme ; parfois, les signes d'imprégnation éthylique seront manifestes ; parfois les anamnétiques révéleront une hérédité chargée, en particulier l'hérédo-alcoolisme, ou bien une phase délirante ou un internement. Si on se trouve devant un homme lucide, bien portant, sans tare alcoolique, l'appréciation découlera de ce fait : il a bu exagérément, a perdu le contact conscient et mnésique avec le monde extérieur ; à sa rentrée dans les rapports psycho-physiques normaux, il ne se souvient pas de ses actes.

II. — FORME ASSOCIÉE. — a) Forme délirante. — L'état somnambulique est un épisode au cours d'un délire alcoolique avec hallucinations diverses et raptus panophobique : le diagnostic est aisé ; on se trouve de toute évidence devant un malade à interner.

b) Forme dipsomaniaque. — L'état somnambulique est survenu chez un dipsomane : la notion de périodes d'impulsions irrésistibles à la boisson dans le passé, oriente le diagnostic.

Evolution

PRONOSTIC IMMÉDIAT. — Dans les cas purs, la règle est le retour à l'état normal au bout d'un temps va-

riant de quelques heures à quelques jours. Toutefois, un suicide, un accident en état second peuvent terminer la vie du sujet.

Dans les cas compliqués de délire avec fièvre, agitation, en plus des risques cités précédemment, la mort peut résulter de l'état délirant lui-même. S'il s'agit d'onirisme suraigu, souvenons-nous qu'Etienne-Martin et Carrier disaient « autant de délires aigus, autant de morts ».

PRONOSTIC ÉLOIGNÉ. — Quand l'automate pur s'est enivré par hasard (ce qui doit être l'exception), il y a des chances pour qu'il ne récidive pas. Mais lorsque c'est un alcoolique chronique, il persévéra dans son habitude même s'il ne le veut pas, parce que sa volonté est affaiblie, et le pronostic est réservé. En effet, la plupart du temps, il ne tardera pas à présenter une autre manifestation mentale de l'alcoolisme. Il est guetté par le délire aigu ou le *delirium tremens* et, s'il leur échappe, il s'achemine plus ou moins rapidement vers la désagrégation psychique définitive.

L'automate délirant fera des stages successifs à l'Asile jusqu'au jour où il y restera.

L'automate dipsomaniac ne pourra jamais résister à ses impulsions tyranniques. Si elles sont clairsemées, il évitera peut-être le sort du précédent, mais il demeurera toujours un grand déséquilibré à la merci des risques de sa déséquilibration.

Traitement

Dans les cas typiques, il n'y a pas de thérapeutique immédiate, pas d'internement à envisager. Il faut, s'il existe un état alcoolique chronique, un traitement prophylactique délicat : essayer la rééducation, accoutumer à la suppression progressive du toxique.

Dans les formes où le délire existe avec température, agitation extrême, l'internement est obligatoire. Mais il faudrait donner à ces malades l'impression qu'ils sont libres, ne pas les attacher tout en les gardant au lit, ne jamais les laisser dans l'obscurité ou la pénombre.

A l'Asile, tel qu'il est conçu actuellement, on ne peut appliquer un traitement rationnel. Il faudrait tout au moins des sections spéciales pour alcooliques ou plus généralement pour les délirants toxi-infectés, dans lesquelles les pensionnaires ne seraient pas soumis à toutes les rigueurs de l'internement tout en étant surveillés étroitement.

Après la thérapeutique d'urgence, le relèvement méthodique, la psychothérapie s'imposent. Nous approfondirons cette question dans le chapitre suivant.

Pour le moment, le psychiatre n'est pas armé suffisamment par les pouvoirs publics pour entreprendre une lutte d'une telle envergure.

On traite la cause de la confusion qui est la toxoinfection par les purgatifs, les laxatifs, les diurétiques, les soins de propreté de la bouche et des dents, la diète lactée.

On traite les symptômes : hyperthermie, agitation, prostration, l'asthénie cardio-pulmonaire ou nerveuse, la congestion ou l'anémie encéphalique, les complications viscérales.

La balnéothérapie tiède ou froide est le meilleur moyen de sédation. L'état précaire des émonctoires rend la thérapeutique médicamenteuse par les sédatifs, les hypnotiques, les tonicardiaques assez dangereuse et l'on redoutera l'intoxication médicale surajoutée (caféine, digitale, chloral...).

A la convalescence, les toniques nervins, les accélérateurs de la nutrition sont utiles.

Souvent la psychothérapie, dans la mesure où l'on peut l'appliquer, rend de grands services.

Dans le délire suraigu, ne pas hésiter à recourir d'emblée à l'argent colloïdal intraveineux, à la dose de 0,30 à 0,60 quotidiennement, jusqu'à la guérison ou la mort. Immédiatement après l'injection, la fièvre monte, l'état général est précaire, mais parfois, à ces symptômes inquiétants, succède une chute de la température avec amélioration de phénomènes qui, autrefois, lorsqu'on n'avait pas ce médicament relativement nouveau, annonçaient l'exitus prochain.

La question médico-légale

L'importance sociale de l'alcoolisme

I. — CE QUI SE PASSE EN FRANCE.

La prophylaxie alcoolique est impuissante, parce que, pour des raisons économiques et politiques, le législateur hésite à la conduire ou à la soutenir vigoureusement. Pendant la guerre où des mesures administratives et médico-légales rigoureuses avaient été prises, l'alcoolisme avait diminué et de Clérambault, avec beaucoup de médecins aliénistes, avait noté la diminution et la modification des délires alcooliques. Depuis le relâchement qui a suivi la fin des hostilités, nous constatons la recrudescence du « fléau de notre pays », facteur de dégénérescence de notre race, et l'augmentation du nombre des alcooliques mentaux, facteurs antisociaux de premier plan. La criminalité s'accroît parallèlement.

Les buveurs délinquants ou criminels juridiquement responsables sont incarcérés, mis hors d'état de nuire, quelquefois pour toujours, par la même organisation qui a facilité leur délit ou leur crime.

Les alcooliques aliénés ne peuvent être retenus à l'Asile où ils sont inoffensifs après la cessation de leurs accidents épisodiques si l'on s'en tient à la loi de 1838. On essaie bien de les garder le plus longtemps possible, on prolonge bien leur séjour à chaque rechute, mais il faut finalement les remettre en liberté; ils reviennent bientôt, parfois après un homicide prévu et redouté, mais qu'on n'a pas pu empêcher parce que la législation est insuffisante. Elle n'a pas réglementé l'assistance des alcooliques, n'a pas donné une protection suffisante à leurs concitoyens. On ne peut même pas interner un individu qui profère des menaces envers son entourage, menaces qu'il met en exécution, s'il n'a pas encore de délire.

Non seulement la société n'est pas défendue contre les alcooliques, mais encore ils ne sont pas protégés d'eux-mêmes. De plus, pour être traités, ils ont l'asile, moyen de sauvegarde, mais non pas moyen de cure, alors que les éthyliques viscéraux ont les hôpitaux à leur disposition.

En résumé, les alcooliques sont des alcoolomanes qu'on ne peut actuellement traiter efficacement et dont on ne peut se protéger suffisamment. On étudie depuis de longs mois un projet de loi qui porterait remède à cet état de choses. Souhaitons de le voir aboutir rapidement. Dans le département de la Moselle, existe un sanatorium pour alcooliques : la « Maison Saint-Camille », à Niderviller, près Sarrebourg, inaugurée en novembre 1928. On a construit à Niderroedern (Bas-Rhin), un asile de buveurs. Mais ce sont des institutions extra-légales où ne vont que

les malades de bonne volonté, aux ressources suffisantes.

II. — CE QUI SE PASSE A L'ETRANGER

En 1919, la Belgique a mis en vigueur une loi de prohibition partielle qui limite la vente des boissons alcooliques et le droit de les distiller. Comme conséquence, le nombre de cas de *delirium tremens* traités à l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles, qui était de 46 à 50 en 1912, 1913, 1915, se trouve réduit à 22, 25 en 1920 et 1923, et à 18 à 20 en 1925. Dans les prisons, le nombre des détenus passe de 5.000 à 4.000.

Aux Etats-Unis, la prohibition absolue, qui a permis une contrebande intensive, n'a pas donné, pour cette raison, ce qu'on aurait pu attendre d'elle. Il n'en est pas moins vrai que la criminalité a diminué. Les asiles de sûreté sont nombreux et parfaitement aménagés.

En Argentine, un projet de loi interdit l'absinthe et ses dérivés, crée des patentes très élevées pour les débits vendant de l'alcool sur place. Il est interdit de vendre de l'alcool aux mineurs de moins de vingt ans. L'emploi dans les débits de femmes et de garçons de moins de vingt ans est défendu. Une fermeture hebdomadaire est prescrite. On limite les débits à 1 pour 2.500 habitants. Les boissons alcooliques ne doivent pas dépasser 25 degrés (Gay-Lussac).

En Suisse, un projet de loi, en 1927, a été déposé par le Grand Conseil du canton de Genève, sur la proposition du Conseil d'Etat.

Le voici résumé : « Quiconque, par son alcoolisme,

constitue un danger pour lui-même ou pour autrui, sera interné dans un établissement de relèvement pour buveurs, après enquête et expertise contradictoire au besoin. L'internement peut être demandé à la Chambre des Tutelles par tout parent jusqu'au quatrième degré inclusivement ou par toute autorité judiciaire ou administrative. Il est fixé à douze mois mais peut être, après expertise, abrégé s'il y a guérison ou prolongé au maximum de 1 an si l'état n'a pas changé. Il peut être sursis à l'internement quand le malade promet de ne plus boire. S'il récidive dans les deux ans, il peut être interné directement. La prescription est de deux ans. La condamnation judiciaire n'exclut par l'internement. »

Le Conseil d'Etat veille sur les anciens buveurs à leur sortie de l'établissement de relèvement et les aide moralement et matériellement.

Des asiles de sûreté, intermédiaires entre l'asile et la prison, existaient déjà.

III. — CE QU'IL FAUT FAIRE EN FRANCE.

Il faudrait tout d'abord enrayer la marche ascendante de l'alcoolisme par une action d'ensemble officielle et privée que nous n'avons pas à développer, parce que tous les hygiénistes l'ont suffisamment précisée.

Les points les plus importants sont : 1° l'éducation de l'enfance et de la jeunesse ; 2° la réduction des débits ; 3° l'interdiction des succédanés de l'absinthe ; 4° l'abolition du privilège des bouilleurs de cru ; 5° le contrôle sévère de la fabrication des al-

cools ; 6° la surtaxe des alcools ; 7° la création d'asiles pour alcooliques. Nous allons étudier plus en détail ce dernier point.

Il faudrait, en effet, que tous les alcooliques mentaux, tous susceptibles de devenir dangereux et d'aggraver leur état et, parmi eux, les automates purs, délirants ou dipsomanes, qu'ils aient failli ou non à leurs obligations envers la Société, soient acheminés d'office, après une expertise minutieuse demandée par la famille ou par les pouvoirs publics, vers des maisons de sûreté, de traitement, et de relèvement à créer par le législateur. Dans les vastes colonies bien installées et bien exploitées, que devraient être ces établissements, des spécialistes auraient toute autorité.

On utiliserait avec fruit, lorsque la déchéance ne serait pas trop avancée, la cure de repos, la cure psychothérapique, la cure de travail.

On ne permettrait la sortie qu'après guérison certaine. S'il y avait récidive, la nouvelle détention serait plus longue. Après deux ou trois rechutes, on pourrait ordonner la détention définitive si le sujet constituait un danger pour la sécurité publique. Les alcooliques criminels ou délinquants seraient gardés non jusqu'à leur guérison, mais jusqu'à la terminaison de la peine prononcée par un tribunal de magistrats et d'experts en psychiâtrie qui serait seul juge des actes de ces aliénés. Il est bien entendu que l'homicide qui a bu « pour se donner du cran » ne trouve pas place ici ; il est justiciable de la Cour d'assises, des travaux forcés ou de la peine capitale.

Quant aux incurables, à l'aliénation irréductible, on les reléguerait dans une enceinte spéciale.

Les malades redevenus normaux par suite de l'élimination du toxique et du traitement scientifique, mais incapables de rester tels en liberté, seraient gardés indéfiniment.

La colonie devrait être une exploitation bien dirigée dont les internés seraient les artisans. Chacun aurait un emploi correspondant à ses capacités. Cette sorte de village fermé pourrait, en grande partie, subvenir à son entretien par la vente des produits fabriqués ou cultivés. Si l'organisation était suffisamment poussée, des salaires, des traitements seraient payés aux pensionnaires, compte tenu du coût de leur pension. L'idéal, réalisable si l'on avait assez d'argent pour oser l'entreprendre, serait en résumé, de donner à tous ces habitants involontaires l'impression qu'ils ne sont pas cloîtrés, de leur procurer des distractions, de leur donner un intérêt à travailler, de les mettre dans des conditions se rapprochant le plus possible de la vie libre.

Les actes anti-sociaux des somnambules

Tous les malades atteints d'automatisme peuvent donner lieu à des rapports médico-légaux. Le plus souvent, l'expert se trouvera devant des épileptiques ou des alcooliques.

Le somnambule peut être poursuivi pour vagabon-

dage, pour bris d'objets d'utilité publique, outrages et voies de fait envers les représentants de l'autorité, attentats aux mœurs, incendie volontaire, vol, coups et blessures, homicide par imprudence, assassinat, accidents divers.

Mais s'il peut constituer un danger pour autrui, il peut être dangereux pour lui-même, se suicider, ne pas résister à une tentative de viol.

Au point de vue militaire, il peut être inculpé pour absence illégale, abandon de poste, désertion.

Il est permis, étant donné la fréquence de l'alcoolisme et des accidents d'automobile, de se demander si beaucoup de ces derniers ne sont pas dus au somnambulisme typique. On connaît bien des cas de chauffeurs en équivalence épileptique circulant sans être remarqués. Les faits d'alcooliques pilotant une voiture et maladroits parce qu'ils sont en état d'ivresse sont fréquents. Mais il y a des automobilistes qui, par suite d'une ingestion trop copieuse d'alcool, entrent en automatisme. Ils circulent aisément, à travers des rues souvent très fréquentées. Tout à coup, sans que rien ne le fasse prévoir, parfois sur une route presque déserte, ils semblent n'avoir plus conscience des obstacles et renversent ceux qui se trouvent devant eux. Ils continuent leur route si le choc n'a pas provoqué l'arrêt forcé et reprennent connaissance dans un endroit qui ne leur est pas familier. Ils sont tout étonnés de se voir dans ces lieux, ils ne savent pas ce qu'ils ont fait, et si on les arrête ultérieurement pour homicide par imprudence, ils sont stupéfaits d'apprendre leur inculpation. Nous citons un exemple qui

a provoqué une expertise médico-légale confiée à notre maître, le Professeur Etienne-Martin. Il est logique de supposer que certains accidents avec fuite consécutive répondent de l'automatisme, alcoolique, mais aussi qu'il y a des conducteurs somnambules ignorés parce qu'ils se comportent d'un bout à l'autre de leur automatisme en hommes normaux.

De la responsabilité

Jetons un regard d'ensemble sur la responsabilité telle qu'elle a été raisonnée historiquement depuis celle des somnambulismes spontané, naturel, hystérique d'autrefois, jusqu'à notre époque.

« Dans l'ancienne jurisprudence, disent Briand et Chaudé, le somnambulisme était assimilé à la démence : *dormiens furioso œquiparatur*. Le somnambule ne doit pas être regardé comme responsable. »

Maury assimile le somnambulisme à un rêve lucide et conclut également à l'irresponsabilité absolue. « Le somnambulisme, dit-il, n'étant après tout qu'un rêve en action, il faut admettre que la liberté n'existe pas plus dans les actes somnambuliques que dans les rêves. »

Fodéré, étudiant dans son « Traité d'Hygiène et de Médecine publique », 1813, t. I, p. 256, la valeur des actes du somnambule, le déclare responsable. Dans sa pensée, le somnambulisme et les songes ne sont que des manifestations d'un même état dans lequel le

principe pensant replié sur lui-même, isolé de l'extérieur, réfléchit, coordonne, agit sur la volonté, uniquement d'après les images réunies en nous.

« Dans cet état, les organes sont sains, dit-il, l'âme porte des jugements tels que les donnerait l'homme veillant, peut-être même plus justes parce qu'elle n'est plus distraite... On rapporte plusieurs exemples de somnambules faisant des actions minutieuses prolongées, ordinairement des choses dont ils s'étaient le plus occupés la veille. En conséquence il me semble qu'un homme qui aurait fait une mauvaise action durant son sommeil ne serait pas tout à fait excusable, puisqu'il n'aurait fait qu'exécuter les projets dont il se serait occupé durant la veille. Celui dont la conduite est toujours conforme aux devoirs sociaux, ne se dément pas quand il est seul avec son âme ; celui qui ne pense que crimes, faussetés, vengeance, déploie pendant son sommeil les replis de son inclination dépravée, que la présence des objets extérieurs avait tenue enchaînée pendant la veille. Si cet homme commet un crime et que sa vie soit suspecte, on peut, il me semble, considérer ce crime comme une conséquence naturelle du mauvais principe de ses idées et juger cette action d'autant plus libre qu'elle a été commise sans aucune gêne, sans influence quelconque.

« Loin de considérer ces actes comme un délire, je les considère comme les plus indépendants qui puissent être dans la vie humaine ; je vois le somnambule comme un creuset dans lequel la pensée et l'intention se sont complètement séparées de leur gangue.

« Il faut excepter cependant les cas dans lesquels

le somnambulisme tient à une maladie réelle, de même lorsqu'il semble héréditaire, de même si le somnambule a une indigestion ou tout autre accident qui le rende fou, pendant son sommeil ; et encore ne serait-il pas pour cela indemne de toute responsabilité s'il est constaté qu'il connaissait l'infirmité à laquelle il était sujet, mais encore son caractère dangereux, et s'il n'a pas pris les précautions nécessaires pour en prévenir les effets. »

Hoffbauer est moins absolu dans son opinion, dans son « *Traité de Médecine légale* » publié à Halle : Cependant, comme sa maladie ne lui est pas inconnue, il tombe en faute et, par conséquent, en responsabilité, quand il commet un crime ou une mauvaise action. »

Dans leur « *Manuel de Médecine Légale* », Briand et Chaudé, acceptant, dans une certaine mesure, l'opinion de Fodéré, disent : « Mais si connaissant sa maladie le somnambule ne prend aucune des précautions que commande la prudence, il pourra, dans certains cas, être considéré comme coupable, non du crime qu'il aurait commis, mais au moins d'imprudence et être déclaré responsable de cette imprudence. »

Pour M. Liégeois, « le somnambule, loin d'être maître de son rêve, en est le jouet comme l'aliéné est le jouet de son idée fixe. Il n'y a pas plus de liberté chez l'un que chez l'autre ; or, où il n'y a pas de liberté, il ne peut y avoir de culpabilité, et c'est vraiment une idée singulière que de vouloir punir le somnambule quand on reconnaît que l'aliéné est irresponsable. »

Taylor envisage le point de vue des assurances sur

la vie : « Le somnambulisme peut devenir un sujet de discussion à propos d'une contestation de police d'assurance sur la vie, dans laquelle on aurait stipulé qu'elle sera viciée par un suicide. Si un homme tombe d'une hauteur et s'est tué en état de somnambulisme, cela serait-il considéré comme un acte de suicide suivant le sens de la police ? Nous soutenons que la clause conditionnelle comprend toute clause intentionnelle (affaire Baradaille contre Hunter, *Méd. Gaz.*, vol. XXXVI, p. 826), et pour la mort survenue dans ces circonstances, l'acte de se tuer ne peut être dit intentionnel ; il ne peut être regardé que comme un accident. En conséquence, il est raisonnable de conclure que la police ne serait pas annulée. Mais il est impossible de poser aucune règle générale relative aux cas de ce genre, puisque les circonstances qui accompagnent chacun d'eux impliquent suffisamment jusqu'à quel point l'acte du meurtre ou du suicide a été commis pendant un état de somnambulisme ou sous l'influence d'une illusion se continuant après un état de sommeil. »

Gilles de la Tourette, traitant du somnambulisme pathologique en dehors de l'hystérie, écrit : « Etant admis, à priori, qu'une cause morbide a présidé à l'évolution des phénomènes, l'individu qui les présente doit être considéré indubitablement comme irresponsable. Le côté médico-légal, celui qui nous intéresse surtout, se trouve donc, par là même, forcément restreint. »

Dénoté, dans sa thèse sur les impulsions morbides à la déambulation, inspirée par Lacassagne,

s'exprime ainsi : « Au point de vue médico-légal, ce qu'il nous importe de constater, c'est que l'individu atteint d'impulsion à la déambulation est, pendant cette période de son existence, dans un état particulier qui en fait un aliéné. Que l'automatisme pathologique que l'on constate soit de courte durée ou s'observe des jours entiers, l'individu n'est pas sain d'esprit. Il suffit de montrer que la désharmonie fonctionnelle est entière, que la déséquilibration est évidente. »

« Sur qui repose la responsabilité ? Sur la conscience de l'acte dans sa nature véritable et sur la liberté entière qui a présidé à son accomplissement sans contrainte ni externe ni interne... »

Pour le délit ou le crime commis en somnambulisme épileptique, le Professeur Etenne-Martin, notamment, insiste sur ce point : l'épileptique est un dément, au sens de l'article 64 du Code, lorsqu'il est en état de crise ou d'équivalence, un homme responsable hors de ces intervalles.

Quant à la responsabilité du somnambule alcoolique, elle se résume dans celle de l'alcoolisme. Or, d'après certains auteurs, l'ivresse enlèverait au délinquant toute responsabilité au même titre que la démence. Il n'en serait autrement que lorsqu'elle aurait été préméditée. Pour d'autres, au contraire, l'ivresse serait sans influence sur la responsabilité, « puisqu'une première faute ne saurait excuser une deuxième plus grave ». L'ivresse est un délit, en effet, visé par les lois du 13 février 1873 et du 1^{er} octobre 1917.

Pour le Professeur Etienne-Martin et pour nous, dans l'état actuel de notre législation et de nos institutions, la question se résume ainsi pratiquement : l'automate délirant est un malade aigu qu'il faut traiter, il est donc irresponsable ; l'automate dipsomane, dont la maladie même est l'impulsion irrésistible à la boisson, est également irresponsable ; l'automate pur, c'est-à-dire celui qui n'a pas de phénomènes délirants et qui n'est pas dipsomane, qu'il soit alcoolique chronique ou qu'il ne le soit pas, est responsable.

Si l'on examine la responsabilité en médecin et psychologue, l'automate alcoolique n'est pas un individu normal. Ce n'est plus le moi libre, accoutumé à juger du bien et du mal, capable d'éviter le danger, éduqué de ses devoirs vis-à-vis de la société qui gouverne, mais un moi nouveau qui n'a pas les mêmes bases d'appréciation, ni le même jugement, ni les mêmes éléments de décision. C'est cette personnalité seconde qui est responsable ; or, elle est seulement transitoire !

Le somnambule alcoolique, même sans délire ou dipsomanie, a bien une désagrégation psychique, c'est donc un aliéné momentané, pourrait-on conclure.

En réalité, il faut raisonner d'autre sorte. La jurisprudence ne considère pas l'alcoolisme comme un état pathologique susceptible d'excuser les infractions aux divers articles du Code. Si une femme majeure, prise de boisson, est violée par ceux qu'elle avait délibérément suivis, elle ne peut se plaindre, parce qu'elle devait ne pas ignorer le danger auquel elle

s'exposait en buvant. Si un éthylique, au cours d'une manifestation somnambulique, devient voleur ou assassin, allume un incendie, il est considéré comme coupable.

Ces cas d'espèce peuvent paraître injustes à certains. L'honnête homme qui, même par surprise ou pour la première fois, tombe en ivresse, n'a part ni merci : la prison ou les assises l'attendent s'il est homicide. Le vieil habitué des cabarets, tout imbibé d'alcool, qui aura présenté des hallucinations multiples, qui sera devenu délirant, et que l'on jugera fou dès le premier abord, sera conduit à l'Asile. Le trouble mental disparu, il sera rendu à la vie commune et s'il récidive il sera couvert par l'attestation de son internement antérieur. Comme l'écrivait Gilbert Ballet : « Il y a quelque chose de choquant à voir de deux délinquants, excuser le plus ivrogne et pourtant le médecin ne peut agir autrement, car le délire alcoolique est bien l'état de démence prévu par la loi, au cours duquel il n'y a ni crime ni délit. »

Quant au somnambulisme alcoolique typique, c'est-à-dire celui qui, tout à coup, à la suite d'un excès de boisson, entre en automatisme, celui qui, psychologiquement, n'a plus son libre arbitre, le moins conscient de tous par rapport à la vie normale, il doit aller lui aussi en prison s'il a tué un homme, volé, ou exercé des violences sur un de ses semblables, parce qu'il a eu l'apparence d'un sujet sain bien souvent, parce que sa folie n'a pas été évidente, parce que, pour lui, l'alcoolisme n'est pas une excuse.

N'y a-t-il pas là autant de faits paradoxaux ?

Et cependant, le médecin expert, pour rester dans l'esprit des lois et être juste, est bien obligé d'apprécier différemment les actes des automates délirants, des automates dipsomanes et des automates purs. En effet, la loi de 1838 permettra d'interner les premiers, mais s'il s'avise de prétendre que les derniers sont « en état de démence » ou « ont obéi à une force à laquelle ils n'ont pu résister », ils seront mis en liberté puisqu'au moment de l'examen ils sont redevenus normaux et ne peuvent être internés. Ce fait se produit pour l'épileptique criminel en état d'équivalence. Mais c'est logique parce que le comitial n'a pas provoqué lui-même et de son propre gré son automatisme. L'alcoolique pouvait rester maître de lui en évitant l'alcool.

Envisageons à présent la responsabilité civile. Les articles 1382 et 1383 du Code civil, assez connus pour n'être pas cités, sont applicables. Des dommages et intérêts pourront toujours être réclamés.

Le somnambule non aliéné, c'est-à-dire ni délirant ni dipsomane, peut être l'objet d'une instance en divorce. Il est parfois utile de conseiller son exécution rapide lorsque l'alcoolisme chronique pourra faire craindre des manifestations mentales plus accentuées dans l'avenir ; il est inutile d'attendre l'internement qui pourrait empêcher le divorce.

La loi de 1898 étant une loi forfaitaire, le patron ne verra pas, la plupart du temps, sa responsabilité diminuée lorsqu'un accident sera survenu à l'un de ses ouvriers, durant son travail, alors qu'il était en état d'automatisme.

L'expert commis pour examiner un inculpé, doit se borner à répondre aux questions que le juge lui pose. Il ne doit pas s'avancer dans la question de la peine à appliquer, ni conseiller des circonstances atténuantes. Ce n'est pas son affaire. Il soit se borner à l'étude de la responsabilité : c'est déjà quelquefois une tâche assez épineuse pour qu'il n'en aborde pas d'autre.

Observations

I. *Formes automatiques pures*

OBSERVATION I (Docteur KEULEMANS)

Un nègre éthylique au service du Docteur Keulemans s'enivre fréquemment. Après un excès de boisson, il s'empare de quelques instruments de chirurgie appartenant à son maître et va les cacher. Le lendemain, on s'aperçoit de leur disparition, on les lui réclame. Il est stupéfait, soutient qu'il ne les a pas touchés et que personne n'a pu les dérober : ils ne sont pas à leur place habituelle. Il les cherche en vain.

Deux jours plus tard, il est ivre encore. On le rencontre la nuit sortant d'un cabaret. On a l'idée de le questionner sur la perte des instruments. Il paraît réfléchir, puis part dans l'obscurité et va les sortir d'une boîte soigneusement dissimulée où jamais on n'aurait songé à les rechercher. Le lendemain, après un sommeil profond, il ignore tout de cette deuxième affaire, est tout étonné quand on lui raconte ce qui est arrivé.

Il avait présenté un premier état somnambulique sous l'effet de l'alcool, durant lequel il était allé prendre les outils qu'il connaissait bien et les avait dissimulés.

A son retour à la raison, par suite de l'évasion momentanée de sa conscience normale, il avait tout oublié de son larcin. Il fallut un nouvel état second avec la reviviscence d'un moi anormal identique pour que la mémoire lui revienne. Quand la confusion fut dissipée de nouveau, lorsque son moi réapparut, il ne comprenait rien à sa situation : être accusé d'avoir dérobé des instruments et les retrouver à leur place.

OBSERVATION II
(Docteur VÉTAULT)

G..., 36 ans, vigoureux, bien portant, palefrenier à la Compagnie des Omnibus de Paris, est examiné par le Docteur Motet, en 1886, pour déterminer son degré de responsabilité.

Il se grise souvent. Il lui arrive d'être transformé à certains moments, lorsqu'il a beaucoup bu. Il devient entreprenant, se livre à des excentricités. Ses camarades disent : il est comme fou.

Le 6 août, il n'a cessé de boire. A 11 heures du soir, il saute sur le cheval qu'il vient de désharnacher, sur lequel il a jeté la bride, et part au galop. Il ne sait où il est allé. Il a erré toute la nuit. Au point du jour, il s'est trouvé devant le Dépôt de Passy, par hasard. Il se souvient qu'il sentit vaguement sa faute en ce moment. Puis c'est l'oubli de nouveau. Il croit avoir fait entrer sa monture au dépôt, mais est incapable de se rappeler s'il l'a mise à l'écurie ou si l'animal s'est enfui. En tout cas, la bête fut retrouvée à la fourrière et G... arrêté sur plainte de la Compagnie.

G... manifeste le regret de sa fugue, soutient qu'il ne s'est aperçu de rien, qu'il ne voulait pas dérober le cheval, puisqu'il l'a pris et qu'il l'a délaissé sans s'en rendre compte.

Voici les conclusions de l'expert :

« Nous sommes d'avis que si G... est responsable du délit d'ivresse, on ne saurait juger bien sévèrement des actes commis à un moment où il avait perdu toute conscience de leur valeur. »

OBSERVATION III
(COLIN)

G... Lucien, 44 ans, maître d'hôtel à Châlons-sur-Marne, est arrêté à la gare de Joinville parce qu'il n'avait ni billet, ni argent, ni papiers. Il est envoyé à l'Infirmerie du Dépôt le 21 mars 1890.

Au premier abord, il paraît normal. Il donne ses nom, date de naissance, profession, etc... Il a le visage réjoui, paraît être en bonne santé. Il répond précisément, avec lenteur cependant, aux questions posées.

Mais il ignore depuis quelle date et pour quel motif il se trouve à Paris. On constate une amnésie complète et une inconscience absolue de sa situation. Il pense être à Paris depuis six semaines (on sut plus tard qu'il était parti de son pays depuis huit jours).

Il est venu se promener, dit-il, mais trouve que tout est changé. Quant à son emploi du temps depuis son arrivée, il ne peut le donner malgré ses efforts de réflexion. Le soir, il se rappelle être venu avec une soixantaine de francs, être descendu dans un hôtel voisin de la gare sans pouvoir le nommer. Il répète que tout est changé à Paris. Il croit être au 15 mai 1891.

Le lendemain 22 mars, il revient un peu à lui. Il est parti de Châlons parce qu'il était « électrisé par la température ». Il s'est arrêté à la buvette de la gare, a envoyé chercher son billet et a pris un train pour Paris, Il ne sait plus ce qui s'est passé depuis.

Le 23 mars, il pense être dans un deuxième Châlons. Le soir, la mémoire revient. Il est allé, narre-t-il, à la gare de Vincennes, est parti pour Joinville sans ticket, ayant dit à l'employé de contrôle qu'il n'avait pas d'argent mais que « son monde » l'attendait et paierait pour lui. A l'arrivée, « son monde » était absent. On l'amena donc au commissariat et de là à l'Infirmerie du Dépôt.

Le 24 mars, il se souvient avoir erré sur la place de la Bastille pour y chercher « son monde » qu'il n'a pas trouvé. Il est à Paris depuis huit jours.

Le 25, il revient complètement à lui. Il avoue être sensible au vin et boire tout de même. Il a eu des cauchemars et a fait une fugue en 1884.

Voici ce qui s'était passé à son arrivée à Paris : il avait vu un pâtissier, l'avait emmené au café. Puis il avait dîné dans un restaurant, bu du vin en assez grande quantité. Une femme l'ayant interpellé dans la rue, il l'avait suivie, avait donné son pardessus et sa montre au caissier pour payer la

chambre. Mais il avait été surpris de voir la femme lui faire des propositions, lui qui ne l'avait pas accompagnée « pour cela ». Il était redescendu avec cette dame jusqu'à la place du Trône. Il avait erré autour de la colonne de Juillet, cherchant « son monde », puis était parti pour Joinville.

Cet homme n'avait pas d'antécédents pathologiques remarquables. Il ne supportait pas l'alcool. Il était récemment parti de Châlons en disant qu'il allait voir son frère dans cette même ville. Il avait 100 francs sur lui pour toute provision.

Il a des signes indiscutables d'alcoolisme chronique. Le diagnostic d'équivalent épileptique n'est pas admis, ni celui de somnambulisme hystérique.

OBSERVATION IV

(DOBROTWORSKY)

Cas d'automatisme alcoolique extrêmement prolongé.

Il s'agit d'un inspecteur des télégraphes aux habitudes alcooliques, âgé de 28 ans. Le 20 octobre 1894 il boit passablement. Il tombe en automatisme, mais accomplit néanmoins son service convenablement. Certaines anomalies dans son comportement attirent l'attention.

En février 1895, les hallucinations se mettent de la partie. Il est persécuté, mais son entourage ne s'en inquiète pas trop. Il boit toujours. Il tombe encore en automatisme complet, conservant une activité sensiblement normale. Il fuit ses collègues.

En avril il présente une phase de délire aigu.

En juillet 1895 il tombe dans un état de stupidité. Il ne répond pas aux questions, réagit difficilement aux excitations. Mais si on le fait lever, il marche dans la chambre assez adroitement.

Le 20 mars 1896, interné depuis quelque temps, il reprend son habitus antérieur au 20 octobre 1894. On lui propose

d'écrire son auto-biographie. On s'aperçoit qu'il y a un trou dans sa mémoire du 8 au 15 mars et qu'en somme depuis le 20 octobre il n'a jamais été lui-même. Dobrotworsky soutient la nature exclusivement alcoolique de ce somnambulisme de longue durée où le sujet s'est trouvé dans un état anormal dix-sept mois, avec des phases d'automatisme complet.

OBSERVATION V

(BEARD)

Un voyageur envoyé pour affaires à New-York se met, dans cette ville, en état d'ivresse. Tout en continuant de boire il remplit la mission commerciale qui lui avait été confiée, visite les différentes firmes avec lesquelles il doit traiter. Son apparence est tellement normale que nul ne s'aperçoit de son état somnambulique. Au bout de quelques jours il revient à lui, reprend sa vie au moment de son arrivée à New-York. Il se met à faire les démarches déjà faites dans son accès d'automatisme alcoolique à la grande stupéfaction des commerçants avec lesquels il a déjà conclu.

OBSERVATION VI

(DUPRÉ et CHARPENTIER)

A Paris, en juillet 1906, un garçon charcutier de 19 ans est renvoyé par son patron. Ne trouvant pas de place, il décide de se suicider. Il erre à travers les rues, entre dans un café pour boire de la bière, achète un couteau de boucher pour mettre fin à ses jours, à un des consommateurs. Des assistants lui versent du rhum dans son verre. Il le boit presque entièrement. Il prend un tramway, descend quai d'Orsay, a des vertiges, une céphalée violente l'obligeant à s'asseoir sur un banc. Il est 5 heures du soir. A partir de ce moment il perd conscience.

Le jour suivant, interrogé par Dupré, il répond avec lucidité et précision, mais il présente une amnésie complète qui va du moment où il s'affalait sur un banc jusqu'à 9 heures du matin, le lendemain. Durant ces seize heures, il avait parcouru Paris, gesticulé, proféré des menaces contre les Prussiens, si bien qu'il avait été arrêté et amené à l'Infirmierie spéciale.

OBSERVATION VII

(Docteur HAURY)

En 1908, un zouave du service auxiliaire, illetté, utilisé comme planton au champ de tir, portait la soupe aux hommes de corvée. Il en profitait pour s'alcooliser.

Un dimanche soir, il rencontre des ouvriers qu'il ne connaissait pas. Il les accompagne à Fontaine-sur-Saône et boit toute la soirée. Il est sans permission, il ne rentre au camp que le mercredi matin. Il est exténué, sale, déchiré.

Il avait erré et couché pendant cet intervalle de temps dans les bois d'alentour et ne s'était pas éloigné du camp de plus de 2 kilomètres, mais n'avait pas repris connaissance plus tôt. Il avait une amnésie complète de sa fugue.

(OBSERVATION VIII)

(JOFFROY et DUPOUY)

D..., 27 ans, garçon boulanger, inculpé de vagabondage et de bris d'objets d'utilité publique, est soumis à un examen mental le 31 juillet 1908.

Il a quitté Châlons-sur-Marne, il y a quelques jours, lors de la fête de cette ville. Il s'est enivré, a pris le train, est venu à Paris. Il ne se rappelle plus exactement la date de son départ de Châlons, ni ce qu'il a fait à Paris, ni ce qui a motivé son arrestation. Il sait, toutefois, qu'il était ivre et qu'il est

venu à Paris sans savoir pourquoi, qu'à son arrivée, il a recommencé à boire, qu'il a voulu tout casser, puis il a perdu connaissance de ses actes.

C'est un débile avec alcoolisation incessante depuis l'âge de 13 ans. Son père serait alcoolique aussi. Sa mère aurait eu une congestion cérébrale. Quant à lui, il fut condamné maintes fois pour ivresse. En mai 1907, il a fait déjà une fugue en grande partie inconsciente et amnésique durant laquelle il vint à Paris. Il fut interné à cette occasion le 23 mai 1907. Il était considéré, à cette époque, comme un débile impulsif, amoral, profondément intoxiqué par l'alcool et complètement inconscient de ses actes.

A l'examen, il est incapable de fournir des renseignements sur l'acte qui lui est reproché. Il est confus, désorienté dans l'espace et le temps; il présente un tremblement des mains, accuse des cauchemars pénibles.

(OBSERVATION IX)

(Professeur Etienne MARTIN)

Un industriel de S.-C. est soumis à l'expertise du Professeur Etienne Martin, à l'effet de déterminer sa responsabilité dans un accident d'automobile qui a causé la mort d'un homme dans les conditions suivantes :

Au cours de l'an dernier, en avril, il vient à Lyon en automobile, se rend à une maison de rendez-vous dont il connaît la patronne. Il fait, en joyeuse compagnie, un diner fin arrosé de vin de Beaune et d'autres crûs renommés. Le soir, à la tombée de la nuit, il quitte son hôtesse pour prendre sa voiture et regagner son domicile. Il prend le volant et fait, dans la ville de Lyon et la banlieue, le trajet habituel pour rentrer à son domicile. A son passage sur une route, il renverse un cycliste qu'il tue, poursuit sa course sans tenir compte de cet accident.

Le lendemain matin, il se réveille dans son automobile qui se trouvait dans un pré, au bord du chemin. Il ne sait où il est, il se demande comment il a pu venir en cet endroit. Il gagne, à pied, une ferme voisine et obtient les renseigne-

ments qu'il désire; on lui prête un attelage pour remorquer son véhicule. Bientôt il peut continuer sa route.

Il ne tarde pas à apprendre qu'il a causé un accident mortel. Il est inculpé d'homicide par imprudence et de délit de fuite. Il est emprisonné. Comme il prétend ne se souvenir de rien, une expertise est décidée et confiée à M. le Professeur Etienne Martin.

Le prévenu soutient qu'il a perdu contact avec la réalité dès sa sortie de la maison qui l'avait accueilli. Il ne s'explique point comment il a pu tomber dans un tel état et suppose que l'hôtesse a dû verser de l'éther dans son verre. Il nie l'éthylisme ou toute autre intoxication.

Cependant, bien qu'il ne présente aucun des signes pathognomoniques de l'alcoolisme chronique, il est permis d'admettre que cet homme avait l'habitude de s'alcooliser en dégustant les vins généreux et en sablant le champagne. C'est le type de l'alcoolique sans le savoir ou sans vouloir le savoir. Il n'est pas épileptique. Son état de santé est excellent.

D'après le dossier de l'affaire, il est certain que cet homme avait beaucoup bu à Lyon. Il est non moins certain que le lendemain matin il ignorait où il se trouvait avant d'avoir été renseigné par des paysans. Mais on ne pouvait conclure à l'irresponsabilité. Il était parfaitement lucide et bien portant au moment de l'examen. Il n'y avait pas eu de délire, pas de dipsomanie. Donc il était logique de le déclarer responsable de ses actes. C'est ce que fit M. le Professeur Etienne Martin.

OBSERVATION X

(Personnelle)

R. L..., que nous voyons le 17 août 1929, est un alcoolique chronique. Il boit en moyenne 3 litres de vin par jour, quantité d'apéritifs et d'alcools variés : anis, amers, vermouths, rhum, etc... Il est plus souvent à sa cave qu'à son magasin dont il laisse la charge à sa femme et à ses commis.

Il présente des signes d'alcoolisation profonde. Il est pâle, soufflé de visage; il est maigre; seul l'abdomen est volumineux. Il a un peu d'ascite. Le foie paraît dur, est douloureux

a la pression, un peu plus gros que normalement. L'examen des autres appareils est négatif. Il n'y a pas d'antécédents personnels ou collatéraux.

Il se plaint de cracher le matin et même de « vomir des glaires lorsqu'il a un peu trop bu la veille. » Dans ces moments, il a des maux de tête et des étourdissements qui cessent quand il a « rendu toute la bile du foie ». La nuit, il a souvent des cauchemars terribles et il doit laisser la lumière pour être tranquille. Il a fréquemment des rêves zoopsiques, liliputiens d'ordinaire. Il prétend être surmené de travail. En réalité, il a surtout le soin de s'enivrer et ennuie son entourage par des observations ou des jérémiades sans fin lorsqu'il est ivre.

Sa femme nous conte l'épisode suivant :

« Le dimanche 5 mai 1929, vers 7 heures du matin, il se lève et bien qu'ayant bu plus que de coutume dans la soirée à l'occasion d'un dîner d'amis, il ne se plaint pas, ne vomit pas. Il se rase dans le cabinet de toilette. En disant qu'il a soif, il gagne son magasin de vente séparé de l'appartement par un jardinet. Peu de temps après sa femme fait sa toilette et se rend vers 7 heures et demie à son arrière-boutique. Elle jette un coup d'œil à son magasin. Elle sent une odeur de brûlé et voit danser une flamme dans la pénombre derrière le comptoir. Elle se précipite, n'a que le temps d'éteindre le feu que venait d'allumer son mari. Il avait scié deux ou trois caisses, avait fait une sorte de bûcher qu'il venait d'enflammer. Elle le secoue, le questionne, il gesticule en criant : « Je ne veux pas geler cet hiver » et gagne l'extérieur, puis la chambre à coucher. Il se déshabille paraissant absent, ne répond pas aux questions de sa femme et ne prend pas garde à ses pleurs. Il se met au lit et s'endort. Le lendemain, lundi, il s'éveille vers 15 heures. Il s'étonne de trouver sa femme à son chevet. Il se croit au dimanche matin. Il a vomi et souillé le lit. Sa femme lui raconte ce qu'il a fait, il ne peut le croire malgré les planchettes à demi consumées qu'elle lui montre. Son dernier souvenir date du moment où il versait du mousseux dans le verre de ses invités. Pendant les trois ou quatre jours suivants, il est resté « abruti » nous dit sa femme. Il avait eu peur et n'a pris que de l'eau de

Vichy comme boisson durant une quinzaine de jours, mais son habitude l'a repris progressivement et, bien qu'il soit surveillé étroitement (il se gêne pour boire sans raison lorsqu'il n'est pas seul), il réussit tout de même à être ivre deux ou trois fois par semaine.

II. *Formes délirantes*

OBSERVATION XI

(JOFFROY et DUPOUY)

Louis le G..., 29 ans, homme de peine, alcoolique chronique, entre à la clinique Sainte-Anne, le 31 mars 1908, pour la deuxième fois, envoyé avec ce certificat : « Alcoolisme aigu. Propos désordonnés. Hallucinations visuelles. Peurs. Tremblement des mains. Sueur. Insomnie. Il dit être mis en pénitence dans l'étuve. Il croit être au casernement de Ville-Evrard. Il soutient les murs de sa chambre. Arrêté sur la voie publique vers 3 heures du matin, où il gesticulait et tenait des propos incohérents. »

Il ne reprend connaissance que le 3 avril après une nuit de sommeil profond. Il peut raconter alors qu'il eut des visions terrifiantes d'individus et d'animaux, dans la nuit du 29 au 30 mars. Dans la nuit du 30 mars des hallucinations auditives se surajoutèrent. A 2 heures du matin, il s'enfuit et il alla demander asile au poste de police. On le dirigea sur l'infirmerie spéciale.

Il se rappelle s'être couché. Puis, à partir de ce moment, il ne peut évoquer aucun souvenir. Il ne sait où il est ni comment il est venu à la clinique. La période d'amnésie complète s'est étendue par conséquent du 31 mars au 3 avril, c'est-à-dire durant 3 jours.

OBSERVATION XII

(Asile de Bron. Service de M. le Professeur LÉPINE)

G..., 24 ans, entre à la clinique le 19 janvier 1928, envoyé de la prison Saint-Paul, où il était détenu sous l'inculpation d'incendie volontaire. Voici son histoire :

« Le dimanche 20 novembre 1927, à 18 heures à S..., il se trouve un peu pris de boisson et met le feu à la meule d'un de ses voisins. Il soutient qu'il n'avait aucune raison d'en vouloir à ce voisin, que, sans qu'il s'explique cette idée, en passant au voisinage, il est venu enflammer cette meule. Le 11 décembre, un dimanche également, il eut le soir, sensiblement à la même heure que la fois précédente, la même envie inexplicable. Il met alors le feu à la meule de X..., puis, le lendemain 12, chez R... Il ne peut comprendre comment les choses se sont faites. Il n'a d'ailleurs pas gardé de souvenir net de ces deux derniers actes. Il donne l'impression d'avoir agi dans un véritable automatisme.

A l'examen, il se présente bien, donne une impression de sincérité tout-à-fait rassurante. Il est bien constitué, robuste, mais il aurait maigri cette année. Il est fils unique, ses parents sont bien portants. A noter cependant que sa mère est atteinte depuis longtemps de néphrite chronique avec albuminurie. Il s'est développé normalement. Il a quitté l'école avant son certificat d'études à cause de la guerre. La seule restriction qu'il fait dans son état de santé réside dans l'existence de vertiges, comme il dit, qui datent d'un an et qui ont des intervalles de fréquence variable de quelques secondes à quelques instants et pendant lesquels il se rend mal compte de ce qui lui arrive. La description qu'il donne permet de reconnaître des équivalences épileptiques. On apprend, en le questionnant, que cette année, à plusieurs reprises, en se réveillant le matin, il a constaté qu'il avait uriné au lit, ce qui est la preuve peu contestable chez un homme de 24 ans, qui était resté propre depuis l'enfance, de crises nocturnes d'épilepsie. On apprend encore qu'il aurait eu, en 1918, une grippe grave. On met en évidence une poussée d'encéphalite épidémique.

En résumé, les faits se reconstituent ainsi :

Hérédité médiocre, grippe encéphalique en 1918 ayant touché le cerveau et laissé des cicatrices minimes. Vers 20 ans, excès alcooliques (trois litres le dimanche notamment). Depuis un an, épilepsie alcoolique larvée, fruste mais existant incontestablement. Sous l'influence directe de l'alcoolisme, impulsions semi-conscientes avec obnubilation ab-

soluë du sens moral, dès ce moment. Rechute trois semaines après, puis le lendemain, avec une sorte d'automatisme d'autant plus évident qu'à chaque récurrence, la conscience du sujet est de moins en moins nette. Après, étonnement, regrets craintifs, stupeur, mais certainement inconscience morale au moment de l'acte.

G..., malgré ses apparences raisonnables, est donc un épileptique capable d'actions dangereuses, pouvant tout aussi bien être homicides qu'incendiaires. C'est, en tout cas, un malade irresponsable à garder à l'asile jusqu'à guérison possible. »

Le 10 novembre 1928, il sort considéré comme guéri des troubles qui avaient nécessité son admission.

Il se place chez un jardinier où il travaille pendant trois mois. Il boit peu. Puis il se met au service d'un cultivateur. Il reprend ses habitudes alcooliques, notamment le dimanche. C'est un dimanche, le 11 août 1928, qu'il met le feu à une nouvelle meule de paille. Il est ramené l'Asile le 14 août 1929. Il est tranquille, répond parfaitement aux questions, est bien orienté dans le temps et le lieu, a le jugement et le raisonnement conservés. Rien aux divers appareils.

OBSERVATION XIII

(Asile de Bron. Service de M. le Professeur LÉPINE)

B..., 39 ans, manœuvre, entre le 17 novembre 1928, parce qu'il vient de faire plusieurs tentatives de suicide au cours d'un délire panophibique d'origine alcoolique. Il présente des idées de persécution. Il avoue qu'il boit 5 litres de vin par jour. Depuis un an, son ménage va mal (il buvait et battait sa femme qu'il accuse encore de se livrer à la débauche. Elle a dû quitter son foyer et emmener ses enfants). Resté seul dans sa maison, le malade est en butte à des persécutions dirigées contre lui par sa belle famille. On envahit sa maison, on y casse les carreaux, on chuchotte auprès de son lit. On l'immobilise de force et on le radiographie, dit-il. Il boit

de plus en plus et sous l'influence de l'alcool, n'ayant pas mangé depuis un jour, il se donne trois coups de masse, pendant son travail.

Puis, un matin, ayant bu beaucoup la veille, il se dirige vers la Saône dans laquelle il plonge, mais il se met à nager, il essaie de regagner la rive. On le repêche, on l'amène à Bron.

Le malade est triste. Son affectivité et ses facultés intellectuelles ne paraissent pas diminuées. Mais sa mémoire présente des trous. Il se souvient avoir voulu se jeter dans la Saône, mais ne sait comment cela s'est produit.

Son jugement n'est pas faussé et il comprend qu'il a présenté des troubles cérébraux. Il n'a pas d'appétit, il a des pituites matinales, un tremblement menu et léger des mains. Pas de signe d'affection viscérale.

Le 1^{er} mai 1929, il n'est toujours pas dans de bonnes dispositions vis-à-vis de sa femme et ne veut pas reprendre la vie commune à sa sortie de l'asile.

En septembre 1929, le malade ayant perdu sa fille prétend que c'est sa femme qui a fait disparaître l'enfant. A sa sortie, dit-il, une enquête établira la vérité.

OBSERVATION XIV

(Asile de Bron. Service de M. le Professeur LÉPINE)

D. J., 33 ans, entre le 8 juin 1929. Breton, il s'enivrait fréquemment et buvait jusqu'à dix litres de cidre par jour. En 1917, il fut hospitalisé à Lyon pour fracture du bassin. Une infirmière produisit sur lui une grande impression. Il l'oublia cependant dans la suite.

Or, il y a un mois, travaillant aux champs, ayant bu plusieurs litres de cidre, le souvenir de cette infirmière lui revient. Il part pour Lyon. A son passage à Paris, il achète un rasoir et du savon. Il fait sans doute de nombreuses libations. En tout cas, dans le train qui l'emporte à Lyon, son allure et le rasoir qu'il brandit provoquent la panique chez ses compagnons de voyage. La police prévenue l'arrête à son

arrivée à Perrache et le dirige sur Bron. A son entrée il est dans une agitation violente, un état confusionnel dont il ne sort qu'au bout de huit jours.

Le 20 juin, le malade est bien situé dans le temps et dans l'espace. Il se laisse parfois envahir au cours de l'interrogatoire par une sorte de torpeur. Il n'a pas d'idée délirante.

Il est allé en classe pendant deux ans. Il sait lire et écrire, mais ses facultés intellectuelles n'ont jamais été bien développées. C'est un petit débile. Le faciès est celui d'un mélancolique. Il veut retourner chez lui. Il n'est plus inquiet de revoir l'infirmière; il a bu parce qu'il était triste; il n'a plus su ce qu'il faisait, dit-il, et se souvient très vaguement des circonstances de son voyage.

Depuis il a présenté des phases d'agitation intense, avec propos incohérents et état confusionnel.

OBSERVATION XV

(Asile de Bron, service de M. le Professeur LÉPINE)

Mme J..., 31 ans, entre dans le service, le 17 octobre 1929. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques remarquables, pas d'aliénés dans sa famille. Elle s'est mariée à 19 ans, a bientôt pris des habitudes d'alcoolisme (trois à quatre litres de vin par jour), et en 1922, elle a cherché dans la boisson, une consolation à la perte d'un enfant. Elle eût alors des hallucinations lilliputiennes, des cauchemars nocturnes, des terreurs, dues aux spectacles terrifiants qu'elle voyait dans son délire.

Ces troubles s'amendèrent après l'intervention d'un médecin qui réussit à lui faire perdre momentanément ses tendances alcooliques.

En 1928, ayant succombé de nouveau à la tentation de boire, elle devient méchante, notamment si l'on essaie de l'en empêcher. Elle a bientôt des crises d'agitation telles qu'on doit la mener à Bron.

A l'examen la malade paraît indifférente à tout ce qui l'entoure. Elle conserve tous les souvenirs anciens mais présente un trou très net portant sur la période troublée qui a précédé son internement. On ne peut déceler aucune idée délirante post-onirique.

III. *Formes dipsomaniaques*

OBSERVATION XVI

(Docteur VALLON)

H..., 27 ans, publiciste, est arrêté pour avoir injurié un officier assis dans un café. Il a opposé une vive résistance aux agents qui voulaient le conduire au poste et les a outragés.

On obtient les renseignements suivants :

H..., de temps à autre, est pris d'un irrésistible besoin de boire; quand il a commencé il continue jusqu'à « extinction des forces » et cela tout seul, chez lui; il boit parfois pendant quatre ou cinq jours de suite et autant de nuits, presque sans manger ni dormir. Il y avait trois jours qu'il buvait quand on l'a arrêté. Il fait des efforts pour être sobre; pendant quelque temps il réussit à remonter le courant, puis brusquement il s'abandonne. Habituellement doux, il devient très violent.

A l'examen, H... est calme, lucide, mais il est affecté d'un tremblement présentant les caractères du tremblement alcoolique. Il confirme les renseignements de l'enquête. Il ne se souvient pas des faits qu'on lui reproche.

La folie impulsive, intermittente il est vrai mais à accès rapprochés, dont H... est atteint, le rend dangereux pour lui-même, pour l'ordre public et la sécurité des personnes; il y a donc lieu de prendre contre lui des mesures de protection.

OBSERVATION XVII

(Docteur G...)

Le Docteur G... est appelé auprès de Mme D... par son mari afin d'essayer un traitement pour la dipsomanie qu'elle présente et dont voici l'histoire:

Peu de temps après son mariage, M. D... remarqua certaines attitudes équivoques de sa femme qui était devenue aca-

riâtre très souvent, mais paraissait heureuse quand il s'en allait en voyage. Inquiet, il annonça son départ pour une semaine et rentra dans la nuit. La porte de la chambre à coucher était fermée à clef. Il l'enfonça et fut surpris de voir son épouse, assise sur le lit, l'air stupide; sur le sol, plusieurs bouteilles de vin de Bourgogne gisaient, vidées de leur contenu. Après des efforts prolongés, il réussit à la faire sortir de sa torpeur; elle se mit aussitôt à l'injurier, à lui crier de s'en aller au plus vite, que sa place n'était pas dans la maison d'une honnête femme...

Le lendemain, étant revenue à son état habituel, elle se mit à pleurer quand elle reconnut son mari et apprit ce qu'elle avait fait. Elle lui confessa que, depuis quelques années déjà, elle sentait parfois « une envie folle de boire ». Elle avait lutté mais en vain. Il lui arrivait alors de descendre à la cave de ses parents pour calmer son besoin.

Avec les flançailles, tout avait paru changer. Mais le jour de son mariage, elle avait dû goûter aux vins fins et au champagne et le désir était revenu. Elle en souffrait tellement qu'elle souhaitait voir M. D... s'absenter afin de l'assouvir à son gré. Les soupçons d'infidélité de M. D... avaient amené la découverte de l'état qu'elle espérait pouvoir lui cacher.

Tout dernièrement, ayant pu tromper la surveillance de sa sœur, elle but tout un après-midi, du porto et du cognac. A l'arrivée de sa sœur et de M. D... elle les insulta, leur tint des propos incohérents, quitta ses vêtements et descendit en courant au rez-de-chaussée. Elle voulait s'enfuir. Ils purent la rejoindre avant qu'elle n'eut ouvert la porte, la conduisirent, après une courte lutte, dans sa chambre. Elle se laissa mettre au lit et s'endormit.

A son réveil, elle avait oublié tout ce qui s'était passé, mais elle se souvenait être allée — la clef de la cave ne lui étant pas laissée — chez un liquoriste où elle avait acheté du porto et du cognac.

C'est sur sa demande que M. D... vint trouver le Docteur G... pour le mettre au courant de cette situation.

A l'examen, cette jeune femme est lucide, désespérée de son impuissance. Elle voudrait aller vivre aux Etats-Unis où, dit-elle, elle ne pourra plus satisfaire sa passion.

Dans les antécédents héréditaires, une seule chose pourrait être retenue: la disproportion entre l'âge du père et celui de la mère.

Son état physique est parfait. L'examen des divers appareils est négatif.

Conclusions

1. — Il n'y a pas de somnambulisme spontané. Le somnambulisme est un syndrome pathologique dont on trouve la source bien souvent dans le groupe des intoxications endogènes ou exogènes.

2. — Le somnambulisme hystérique est devenu très rare depuis qu'on ne l'entretient plus.

3. — L'alcool, par la confusion mentale qu'il provoque, sur des terrains propices, peut déterminer un état somnambulique caractérisé par une vie automatique psychique dont l'intensité, l'harmonie et la durée sont variables. Une vie automatique physique appropriée résulte de cet automatisme mental.

4. — Cet état de somnambulisme éphémère peut s'identifier avec l'existence habituelle et passer inaperçu, ou bien il peut être véritablement original et retenir l'attention. Il y a toute une série de degrés dans les états somnambuliques.

5. — L'amnésie est la règle: complète dans les cas typiques, incomplète dans les cas moins accentués, au point d'être difficile à mettre en évidence.

6. — Le diagnostic est délicat quand il s'agit d'automatisme pur où l'on pratique l'examen alors que le sujet est devenu normal et que rien ne vient prouver absolument le fait pathologique.

7. — Aborder la question médico-légale du somnambulisme alcoolique, c'est aborder la question sociale de l'alcoolisme tout entier.

8. — Notre pays est en état d'infériorité sur ce point par rapport à la plupart des états. L'alcoolisme est un fléau national au même titre que la tuberculose, mais, de plus, c'est un facteur de criminalité considérable.

9. — C'est pourquoi le médecin légiste, comme l'hygiéniste et le psychiatre, doit souhaiter une loi efficace pour limiter la consommation de l'alcool.

10. — Des accidents, des délits, des crimes sont possibles dans les états de somnambulisme alcoolique.

11. — Il est logique de penser que, parmi les nombreux accidents d'automobile, certains sont dus à un état d'automatisme plus ou moins prononcé des conducteurs. Nous en avons cité une observation.

12. — Lorsque l'expert ne trouve pas, dans l'examen direct ou dans l'examen du dossier, des données suffisamment positives pour établir le caractère pathologique du délit, l'appréciation de la responsabilité est difficile.

13. — Pratiquement, dans la plupart des cas, sauf lorsque l'état délirant ou la dipsomanie sont en cause, la responsabilité de l'auteur de l'acte délictueux, commis en état de somnambulisme alcoolique, doit être considérée comme complète. En effet, on peut soutenir actuellement que l'individu qui se livre à des excès alcooliques, est responsable de s'être mis en état d'ivresse et des conséquences de cette ivresse, du somnambulisme en particulier.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	ETIENNE MARTIN.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 7 Novembre 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- AZAM. — Amnésie périodique ou le dédoublement de la vie. La notion de la personnalité. *Revue scientifique*, 20 mai 1876, 15 juillet 1876, 16 septembre 1876, 22 décembre 1877, 31 août 1878.
- Le dédoublement de la personnalité et le somnambulisme. *Revue scientifique*, XLVI, 1890.
- BABINSKI. — Automatisme ambulatoire et somnambulisme hypnotique. *Revue de l'hypnotisme*, XIV, 1899-1900.
- BALLET Gilbert. — *Traité de pathologie mentale* (O. Doin, Paris, 1903).
- BETCHTEREW. — La personnalité. Les conditions de son développement et de son état normal. *Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre 1906.
- BÉNON et FROISSARD. — Fugue diverses chez un obsédé alcoolisé. *Journal de psychologie*, 1909.
- BÉRIEL L. — Sur les psychopathies liées à l'insuffisance rénale. *Sté Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 4 juillet 1911.
- BERNHEIM. — L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la Médecine légale. XII^e Congrès international de Médecine, 1897.
- BERTRAND. — *Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente*, in-8, Paris, 1823.
- BECHTEREW. — La personnalité. Les conditions de son développement et de son état normal. *Journal de psychologie normale et pathologique*, septembre 1906.
- BIAUTE. — Des maladies du sommeil et des crimes commis dans le somnambulisme. *Ann. Méd. Psych.*, novembre 1904.

- BLOCQ. — Des somnambulismes. *Gaz. Hebd. de Médecine*, 1890.
- BOETEAU. — Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité. *Ann. Méd. Psych.*, 1892.
- BRIAND et CHAUDÉ. — Manuel complet de Médecine légale, Paris 1880.
- Bulletin de la Société de Médecine légale*, mars 1889. L'automatisme ambulatoire au point de vue médico-légal.
- CARPENTER. — L'automatisme humain. *Revue scientifique*, 1875.
- CATALAN. — La répression de l'alcoolisme dans la législation argentine. *Revista de criminalologia psiquiatria y mediciana legal*, vol. XII, 1925, p. 71.
- CHAMBARD. — Du somnambulisme en général. *Thèse de Paris*, 1881.
- CHANTEMESSE. — Petit mal comitial, grandes et petites attaques d'automatisme ambulatoire. *Sté Médicale des Hôpitaux de Paris*, juin 1896.
- CHARCOT. — Leçons du mardi, 1887-1888. — Leçons du mardi, 1888-1889. — Cas d'automatisme comitial ambulatoire. *Policlinique du mardi*, leçon du 21 février 1889.
- CLAUDE H. et BAUDOIN A. — Sur une forme de délire ambulatoire automatique chez des épileptiques. *L'Encéphale*, 1907.
- CLAUDE et SCHNYDER. — Rapports sur la définition et la nature de l'hystérie. Congrès de Genève-Lausanne, 1907.
- CLERAMBAULT (G.-G. de). — Ivresse psychique avec transformation de la personnalité. *Ann. Méd. Psych.*, sept.-nov. 1907.
- COLIN. — Deux cas d'automatisme ambulatoire (origine alcoolique et origine hystérique). *Gaz. des Hôpitaux*, 1890.
- COURBON. — Automatisme ambulatoire. *Ann. Méd. Psych.*, 1907.
- CROTHERS J.-D. — De l'automatisme alcoolique. *The journal of nerv. and mental disease*, avril 1884.
- Compte rendu du Congrès international de Médecine mentale, session de Paris, 1889.
- DELMAS (de Paris). — Les psychoses post-oniriques. Congrès des aliénistes et neurologistes, Strasbourg, 1920.

- DENOMME. — Des impulsions morbides à la déambulation, au point de vue médico-légal. *Thèse* Lyon, 1893.
- DENY G. et RENAUD M. — Confusion hallucinatoire aiguë et insuffisance hépatique. *Encéphale*, 1906, n° 2, p. 145.
- DESPINE. — Du somnambulisme étidié au point du vue scientifique. Paris, 1880.
- DUCASTE. — De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques : le suicide impulsif conscient. *Thèse Bordeaux*, 1899.
- DOBROTORSKY. — Cas d'automatisme alcoolique extrêmement prolongé. *Obosrénie psichiatri*, IV, 1899 et *Archives de Neurologie*, 1901, II, p. 130.
- DREYFUS. — De l'hystérie alcoolique. *Union médicale*, 1887.
- DUPRÉ et CHARPENTIER. — Les ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique. *Encéphale*, 1906. — Fugue hallucinatoire avec ictus épileptique intercurrent au cours d'un accès subaigu chez un alcoolique chronique. Persistance du délire post-onirique. *Société de psychiatrie*, novembre 1908.
- DUPRÉ et FROISSART. — Un cas de délire onirique. *L'Encéphale*, décembre 1908.
- ETIENNE-MARTIN, CARRIER A., CARRIER G. — Du délire aigu. Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française, Limoges, 1901.
- EY H. — Glycémie et maladies mentales. Essai critique et contribution expérimentale. *Th. Paris*, 1926.
- FÉVRIER et PARISOT. — De l'automatisme ambulateur, son importance au point de vue médico-légal. *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} juin 1904.
- FEYAT. — Constipation chez les aliénés et phénomènes toxiques qu'elle provoque. *Th. Lyon*, 1890.
- FODERE. — Traité de Médecine légale et d'hygiène publique. Paris, 1813.
- FLUDD Robert. — *Philosophia mosaica*, Amsterdam, 1640.
- FONTENELLE. — Histoire des Oracles. Paris 1687.
- FRANCOTTE. — Du somnambulisme alcoolique considéré surtout au point de vue médico-légal. Comptes rendus du Congrès d'anthropologie criminelle, Genève, 1896, et *Revue de Psychiatrie*, janvier 1897.

- FRENKEL. — Etude psychopathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses. *Thèse de Lyon*, 1899-1900.
- FROMENT et LARRIVÉ. — Onirisme actif et encéphalite léthargique. Communication à la VIII^e Réunion de Neurologie internationale, Paris 1927.
- FROMENT et MARTINE. — Actes automatiques liés à l'état léthargique. XXVII^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Besançon, 1923.
- GARNIER P. — L'automatisme somnambulique devant les tribunaux. *Ann. d'hyg. publique et de médecine légale*, 1887.
- Considérations médico-légales sur le somnambulisme artificiel. *Ann. Méd. Psychol.*, 1890.
 - La folie à Paris, 1890.
 - Vols accomplis en état de somnambulisme spontané.
- GARRELON L., SANTENOISE D. et THUILLANT R. — Action du choc peptonique sur le système nerveux vago-sympathique. Compte rendu à l'Ac. des Sciences, juillet, 1922.
- Choc peptonique chez le lapin. *Société de Biologie*, 24 juin 1922.
 - Parallélisme entre la sensibilité du R. O. C. et la sensibilité aux actions toxiques. Compte rendu à l'Ac. des Sciences, décembre 1922.
- GARRELON L. et SANTENOISE D. — Système nerveux de la vie végétative et intoxications. (Réunion neuro-psychiatrique, 19 janvier 1923. *Eucéphale*, 1923, p. 134.
- Rapport entre la résistance de l'organisme aux poisons et la modification rapide du R. O. C. Compte rendu à l'Ac. des Sciences, mars 1923.
 - Vago - sympathique. Anaphylaxie. Intoxications. *Presse médicale*, 7 avril 1923.
 - Influence du vague et de l'appareil thyroïdien sur la sensibilité au choc peptonique. Compte rendu *Société de Biologie*, 14 nov. 1925.
- GARRELON L., SANTENOISE D. et TINEL. — Recherches expérimentales sur le rôle du système organo-végétatif dans les intoxications. XVII^e Congrès français de médecine, Bordeaux, 1923.

- GUILLEMIN. — Hystérie alcoolique. *Ann. Méd. Psychol.*, 1888.
- HUGHES. — Relations hip of somnambulism to apilepsy. *Ti-mes et Register*, XXI, 1890.
- HUGUET B. — Du somnambulisme médical, Paris, 1857.
- JANET. — Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité. La mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique*, 1886, 1887, 1888.
- L'automatisme psychologique, 5^e édiiton, F. Alcan, 1907.
- JOFFROY A. et R. DUPOUY. — Fugues et vagabondages. Paris, F. Alcan, 1909.
- JOUSSET. — Somnambulisme pahtologique. *Art médical*, 1903, XCVI.
- KLIFFEL. — Insuffisance hépatique dans les maladies mentales. *Arch. Gén. de Méd.* août-septembre 1892.
- De l'origine sépathique de certains délires des alcooliques. *Ann. Médico-Psych.*, septembre-octobre 1894, p. 262.
- Délires et auto-intoxications. *Revue de psychiatrie*, septembre 1897.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Presse médicale*, mai 1928. Automatis-me mental et organicité.
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARRÉ, DELMAS. — La pratique psychia-trique. Bailliére, Paris, 1919.
- LASÈGUE. — De l'alcoolisme subaigu. Etudes cliniques.
- LA TOURETTE (Gilles de). — L'hypnotisme et les états analo-gues au point de vue médico-légal, Paris, Plon-Nour-rit, 1887.
- Traité de la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale, 1889.
- LAURENT. — Des états seconds. Variation pathologique du champ de la conscience. *Thèse Bordeaux*, 1892.
- LEBRUN et DE BOECK. — Accès de somnambulisme épileptique ou alcoolique? *Ann. Soc. de médecine légale de Belgi-que*, X, 1898.
- LEGRAIN. — Etude sur les poisons de l'intelligence. *Ann. Méd. psych.*, 1891-1892.

- LÉVY-VALENSI. — Précis de psychiatrie. Baillière, Paris, 1926.
 — Les délires. Paris, 1927.
- LÉVY-VALENSI et NAYRAC. — L'automatisme mental. Rapport au XXX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et de langue française, 1927.
- LHERMITTE et TOURNAY. — Rapport à la VIII^e Réunion neurologique internationale, Paris, 1927.
- LHOMME. — Essai sur l'automatisme. *Thèse de Lyon*, 1894.
- MACARIO. — Du sommeil et du somnambulisme. Lyon, 1857.
- MAGNAN. — De l'alcoolisme. Paris, 1874.
- MAURY. — Du sommeil et des rêves, 1865.
- MAXWELL. — L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. *Thèse de Bordeaux*, 1903.
- MESNET. — Etude sur le somnambulisme pathologique. *Arch. gén. de médecine*, février 1860.
 — Etude sur le somnambulisme au point de vue pathologique. *Arch. gén. de médecine*, 1866.
 — De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique. Paris, 1874.
 — Etude médic-légale sur le smnambulisme, 1897.
- MIGNOT Roger. — L'Assistance des alcooliques et le nouveau projet de loi sur les aliénés. *L'Hygiène Mentale*, juin 1927.
- MYERS. — Automatic writing; multiplex personality. Proceedings of the S. P. R. 1885-1887.
- PARACELSE. — *Practica Theophrasti Paracelsi*, Nuremberg, 1529.
- PARANT. — Les fugues en psychiatrie. Rapport au XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et de langue française, 1909.
- PATRICK. — De l'automatisme ambulatoire. *The journal of nerv. and mental disease*, juin 1907.
- PAULY. — Psychose alcoolique avec dromomanie. *Lyon médical*, 14 mai 1905.
- PETETIN. — Mémoire sur la découverte que présentent la catalepsie et le somnambulisme, in-8, Lyon, 1787.
- PITRES. — De l'automatisme ambulatoire somnambuliue, 56^e leçon clinique.
- PLUTARQUE. — *De oraculorum defectu*.

- RAYMOND. — Les délires ambulatoires et les fugues. *Gaz. des Hôpitaux*, 2 et 9 juillet 1895.
- Les délires ambulatoires et les fugues, in leçons sur les maladies du système nerveux, 1896.
- RÉGIS. — Le délire onirique des gens âgés. Congrès des aliénistes et neurologistes de France et de langue française, 1895.
- Auto-intoxications et délires. Extrait des *Archives cliniques de Bordeaux*, 1899, p. 36.
- Le délire onirique des intoxications et des infections. Académie de médecine, 7 mai 1901.
- Les délirants des hôpitaux. *Presse médicale*, 1903.
- Traité de psychiatrie. O. Doin, Paris, 6^e édition, 1923.
- RÉGIS, CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Rapport du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et de langue française, La Rochelle, 1893.
- RÉGIS et HESNARD. — Les confusions mentales. *Traité international de psychologie pathologique*, Paris, F. Alcan, 1911.
- RICHEL Ch. — Dictionnaire de physiologie, article « Automatisme ». Paris, F. Alcan, 1895.
- Du somnambulisme provoqué. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1875.
- L'homme et l'intelligence. Paris, F. Alcan.
- RIBOT. — Les maladies de la mémoire, F. Alcan, 1907.
- Les maladies de la personnalité. Les maladies de la volonté, F. Alcan, 1909.
- ROQUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie. F. Alcan, Paris, 1923.
- SANTENOISE D. — Psychoses et système organo-végétatif. XVII^e Congrès Français de Médecine, Bordeaux, 1923.
- Rôle du système neuro-végétatif dans les psychoses d'intoxications. *Société de Psychiatrie*, 18 juin 1925.
- Pneumogastrique et glandes endocrines. A. Legrand, Paris, 1927.
- SANTENOISE D. et VIDACOVITCH M. — Contribution physiologique à l'étude des psychoses d'intoxications. *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1925, p. 133.

- SAUVAGES. — Relation d'une fille à la fois somnambule et cataleptique. Mémoire de l'Académie des Sciences, année 1742.
- Nosographia methodica sistens morborum classes, Genève, 1769.
- SHULTZE. — Les fugues morbides. *Allgem. zeitsch. Psych.*, 10 nov. 1903.
- SULLIVAN W. C. — Une note clinique sur l'automatisme alcoolique. *The journal of mental science*, avril 1904.
- TARGOWLA R. — Insuffisance hépatique et confusion mentale. Comm. *Société médico-psychol.*, 30 mars 1925, *Annales médico-psychol.*, 1925, p. 363.
- TAYLOR. — *Traité de médecine légale*, trad. H. Coutagne, Paris, 1881.
- TUKE. — Sleep walking and hypnotism London, 1884.
- VALÉRY Paul. — Variété. Edition Claude Aveline (augmentée d'un chapitre inédit : Etudes et fragments sur le rêve), Paris, 1926, pp. 185-196.
- VAN DALE. — *De oraculis veterum Ethnicorum dissertationes dual*, Deleuze, 1700.
- VANHELMONT. — *De ortu formarum*. Trad. de M. Deleuze.
- VALCHIDE et PIERON. — Psychologie du rêve, 1902.
- VERGA. — Automatisme ambulatoire. Revue critique, in *Ann. Méd. Psych.*, janvier 1894.
- VÉTAULT. — Etude médico-légale sur l'alcoolisme. *Thèse de Paris*, 1886-87.
- VOISIN A. — De l'état mental dans l'alcoolisme. *Ann. Méd. psych.*, 1864.
- VIGOUROUX et JUQUELIER. — Insuffisance hépatique et délire. *Revue de psychiatrie*, septembre 1902, page 403.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Evolution des idées sur le somnambulisme.....	11
Somnambulisme et automatisme psychique alcooliques	19
Symptomatologie	32
Evolution	35
Traitement	37
La question médico-légale. — L'importance sociale de l'alcoolisme	39
Les actes anti-sociaux des somnambules.....	44
De la responsabilité.....	46
Observations	65
Conclusions.....	73
Bibliographie	77



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON ,

° ° ° ° LYON ° ° ° ,



